

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N° 307

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 26 Juillet 1892, à 1 heure

Par J. TURBIAU,

Né à Paris, le 18 août 1863.

DU TRAITEMENT DES PNEUMONIES
ET DES CONGESTIONS PULMONAIRES AIGUES
PAR LES ENVELOPPEMENTS HUMIDES PROLONGÉS

Président : M. PETER, professeur.

Juges : MM. { DEBOVE, professeur.
GILBERT et CHANTEMESSE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

307
No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 26 Juillet 1892, à 1 heure

Par J. TURBIAU,

Né à Paris, le 18 août 1863.

DU TRAITEMENT DES PNEUMONIES
ET DES CONGESTIONS PULMONAIRES AIGÜES
PAR LES ENVELOPPEMENTS HUMIDES PROLONGÉS

Président : M. PETER, professeur.

Juges : MM. { DEBOVE, professeur.
GILBERT et CHANTEMESSE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHEL.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BAILLON.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		DIEULAFOY.
Pathologie médicale.....		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TILLAUX.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
Clinique médicale.....		SÉE (G.)
		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....		WERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....		LE FORT.
		DUPLAY.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		LE DENTU.
		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. REGNAULD, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	ROBIN (Albert).
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	SCHWARTZ.
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomi-	SEGOND.
BRISAUD.	HUTINEL.	ques.	TUFFIER.
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	VILLEJEAN.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	WEISS.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	RETERER.	
CHAUFFARD.	MARIE.	REYNIER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	RIBEMONT-DESS.	
FAUCONNIER.	NELATON.	RICARD.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR PETER,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Membre de l'Académie de médecine, Médecin de l'hôpital Necker.

CHAPITRE PREMIER

Introduction — Historique.

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion, dans le service de M. le docteur Rendu, à l'hôpital Necker, de voir traiter un certain nombre de malades atteints d'affections pulmonaires aiguës, par des enveloppements prolongés dans un drap mouillé; enveloppements pratiqués dans le but de provoquer une réaction énergique caractérisée par des modifications profondes du système nerveux et de la circulation.

Ce n'est donc pas d'un moyen de réfrigération, d'un succédané du bain froid dont nous voulons parler; c'est bien plutôt d'un procédé de révulsion qu'il s'agit, mais d'un procédé dont l'action porte sur une surface immense, toute la surface cutanée, et dont les effets très complexes sont difficilement explicables.

On nous a bien souvent fait remarquer, depuis que nous avons entrepris ce petit travail, qu'une médica-

tion hydrothérapique qui cherche à provoquer des réactions, qui a pour but une action révulsive et qui surtout n'est pas réfrigérante, n'était plus de notre temps. Puis on nous citait les résultats surprenants obtenus par la balnéation froide.

A cette dernière remarque nous ferons une courte réponse, c'est que la médication dont nous allons parler a, elle aussi, ses bons résultats et que, dans son service, depuis qu'il en fait usage, M. le docteur Rendu en a tiré de si bons effets qu'il commence à en étendre les indications.

Quant à l'ancienneté d'une thérapeutique, nous ne pensons pas que cela soit un argument suffisant pour prouver qu'elle ne soit bonne à rien. Il n'est pas de médicaments un peu anciens qui n'aient eu leurs périodes de faveur et de défaveur; on les prend, on les abandonne suivant les idées que l'on a sur la pathogénie des malades et sur le mode d'action des agents thérapeutiques.

Il suffit d'ailleurs de citer l'opium qu'on trouve signalé dans Homère; les substances iodées dont des textes ont montré l'usage dès la plus haute antiquité; le mercure dont l'emploi devint général vers le milieu du xv^e siècle; la digitale, dont les effets diurétiques sont connus depuis un siècle et demi; le quinquina, dont Louis XIV vulgarisa l'emploi; il suffit de cette courte énumération pour montrer que les vieux médicaments ont encore du bon puisqu'ils sont les plus employés et les plus fidèles de la thérapeutique.

Mais l'emploi de l'eau froide n'est pas nouveau lui

non plus, et ses partisans nous montrent que dès les premiers temps de la médecine, et depuis, à différentes époques, l'eau froide avait été utilisée dans le traitement des affections fébriles et, en particulier, dans le traitement des maladies pulmonaires aiguës.

Nous ne songeons pas à nier les beaux résultats obtenus par les bains froids ; nous avons été à même de les apprécier, nous voulons seulement montrer qu'il y a place pour un autre procédé et que, dans bien des cas, l'enveloppement prolongé dans le drap mouillé peut lui aussi rendre de grands services.

Tout d'abord il est plus pratique. Car, si le traitement des maladies fébriles non pulmonaires, par l'eau froide, a vite fait des adeptes dans le monde médical, si partout, — et encore surtout à l'hôpital, — on voit mettre les bains froids en usage dans le traitement de la fièvre typhoïde, de la scarlatine, de la rougeole, du rhumatisme cérébral, cette thérapeutique est beaucoup plus longue à pénétrer dans la pratique même hospitalière, lorsqu'il s'agit d'affections aiguës des organes respiratoires.

En ville elle est presque impraticable, et nous nous rappelons les regrets qu'exprimait, à la Société de médecine des hôpitaux (1), M. le docteur Barth, alors qu'il relatait une série de succès dus à la médication réfrigérante, de n'avoir pu recourir, dans sa clientèle, aux bains froids qui « peut-être auraient évité de douloureuses catastrophes ».

(1) Barth. Soc. méd. des hôpitaux, 27 juin 1890.

La raison de cette difficulté est tout entière dans cette croyance populaire que le froid est la cause la plus ordinaire des maladies pulmonaires. Cette croyance a été de tous les temps, elle est encore très vivace et le microbe ne retirera pas au froid le rôle pathogénique que la tradition lui attribue dans l'étiologie des affections pulmonaires. D'autant qu'il est toujours facile à un malade de citer des cas où la pneumonie, la pleurésie, la bronchite, etc., ont suivi d'une façon évidente un refroidissement.

Comment faire admettre alors le froid dans la thérapeutique du mal qu'il a causé ?

C'est là un des avantages du drap mouillé, il ne heurte pas de convictions du malade, il ne l'effraie pas, il est plus facilement accepté.

Et d'ailleurs, nous le répétons, ces enveloppements dans le drap mouillé froid, n'ont pas pour but direct d'atteindre la température et de soustraire au malade une certaine quantité de sa chaleur ; ce n'est pas une médication antithermique proposée pour remplacer la balnéation froide. Ce procédé même, tel que le pratique M. le docteur Rendu, est si loin d'être un moyen de réfrigération directe, que, dans la plupart des cas, il provoque une élévation immédiate de la température quelquefois assez considérable.

Ce que l'on veut provoquer, c'est un ensemble de phénomènes dits de réaction, c'est produire, en agissant sur toute l'enveloppe cutanée, des modifications de la respiration, de la circulation, du système nerveux, c'est activer les éliminations ralenties. Un

abaissement de température pourra suivre, mais cette perte de calorique résultera de la dépense qu'on aura fait faire au malade, elle résultera du jeu naturel de fonctions physiologiques que la nature elle-même à l'état normal emploie pour débarrasser l'économie d'un excès de chaleur.

Ce petit opuscule n'est pas un travail scientifique. Peut-être nous reprochera-t-on de nous être contentés de prendre des températures axillaires, de ne les avoir prises qu'avant et après les enveloppements, de ne pas apporter de données précises sur les modifications de la température, du pouls et de la respiration, de ne pas avoir fait d'analyse régulière et complète des urines, enfin de ne pas avoir approfondi le côté phisilogique de notre sujet. Mais nous le répétons, nous ne disons pas ce que nous avons fait, mais seulement ce que nous avons vu.

Les résultats obtenus par d'autres avant nous, leurs contradictions, ne nous ont pas encouragé à faire de la physiologie expérimentale.

« Dans ces dernières années, écrit M. le docteur Joffroy (1), l'expérimentation a été longuement faite pour rechercher l'influence des excitations cutanées sur la circulation et la calorification. Malgré de nombreux travaux, malgré le mérite et l'habileté des expérimentateurs, malgré l'exactitude de l'observation clinique, on n'est pas arrivé à une formule précise qui réponde à la question.

(1) Joffroy. *De l'Influence des excitations cutanées sur la circulation et la calorification*. Th. d'agrég., 1878.

« Est-il possible d'y arriver ? Nous en doutons. Lorsqu'on excite la peau, cette excitation n'a d'effet que par son retentissement sur le système nerveux et tout dépend de son degré d'excitabilité, variable à l'infini à l'état sain, à l'état de maladie et d'un sujet à un autre. De sorte que l'on pourra bien mesurer l'intensité d'une excitation, sa surface d'action et la durée de son application, mais on ne pourra pas d'avance en annoncer l'effet tant que l'on ne pourra pas mesurer l'excitabilité du système nerveux. Si donc, il est encore possible d'arriver à des résultats approximatifs pour l'homme sain, il ne faut pas s'étonner de l'incertitude des résultats chez l'homme malade. »

Cette thèse est donc simplement le résultat des observations que nous avons recueillies dans le service de M. le docteur Rendu, c'est un travail tout de pratique que nous avons fait au lit des malades.

Les suivant dès leur entrée à l'hôpital, nous les avons examinés chaque jour, nous avons assisté à tous les enveloppements, nous avons suivi et noté minutieusement les modifications qui se produisaient dans leur état.

Les résultats ont été favorables dans tous les cas, et M. le docteur Rendu nous a conseillé de les publier. Nous disons tous les cas, car si dans nos observations on trouve deux terminaisons fatales, on peut voir qu'après chaque enveloppement dans le drap mouillé, nous avons toujours obtenu au moins ce résultat, le soulagement de nos malades.

D'ailleurs, l'un de ces deux malades, un homme de

47 ans, vieilli par le surmenage et la misère, atteint d'une pneumonie de tout le poumon droit, était déjà condamné à son entrée à l'hôpital ; l'autre, un homme de 42 ans, misérable lui aussi, mal nourri, exerçant un métier des plus malsains, semblait se tirer d'affaire, lorsqu'une rechute l'emporta.

Mais il est bien entendu que nous ne considérons pas cette médication comme devant être mise en œuvre à l'exclusion de toute autre thérapeutique. Brand et Jürgensen ont pu dire que des typhiques et des pneumoniques ne devaient pas mourir s'ils étaient dès le début de leur maladie traités par les bains froids. Nous ne prétendons rien de semblable ; nous voulons seulement dire et montrer que les enveloppements dans le drap mouillé tels que les fait pratiquer M. le docteur Rendu, peuvent, ajoutés aux ressources ordinaires de la thérapeutique, rendre grand service aux malades.

Après un court historique, nous essayerons par quelques considérations sur l'ensemble des malades que nous avons traités, et spécialement par l'étude clinique et surtout pathogénique des quelques symptômes graves qu'ils ont présentés, de dégager les quelques indications qui justifient la thérapeutique de M. le docteur Rendu. Puis, dans une seconde partie, nous essayerons d'expliquer comment le drap mouillé se comporte en face de ces indications.

Avant d'aborder l'étude de notre sujet, que nos maîtres MM. les docteurs Terrillon, Bouilly, Segond

Faisans, Porak dont nous avons été l'élève; que MM. les docteurs Guyot et Duguet dont nous avons été l'externe, veuillent bien recevoir l'expression de notre très vive gratitude pour la bienveillance qu'ils nous ont témoignée et l'honneur qu'ils nous ont fait en nous acceptant dans leurs services.

Que M. le docteur Gérard Marchand, dont nous avons été l'élève dès le début de nos études alors qu'il était encore prosecteur, nous permette de lui adresser l'hommage de notre bien sincère reconnaissance pour les savantes leçons et pour les conseils amicaux qu'il n'a cessé de nous prodiguer depuis.

Nous avons été aussi l'élève de M. le professeur Trélat; pendant deux années nous avons fait partie de son service comme stagiaire et comme externe; nous avons eu le grand honneur de mériter un peu son amitié, nous en garderons toujours le souvenir.

Enfin que M. le docteur Rendu qui nous a donné l'idée de cette thèse, et dont l'accueil bienveillant nous a permis de recueillir toutes nos observations, veuille bien recevoir tous nos sincères remerciements. Il y a six mois que nous suivons dans son beau service ses leçons cliniques si appréciées, nous sommes heureux de pouvoir nous dire son élève. Nous exprimerons un regret pourtant, c'est qu'il n'ait pas confié à un autre plus habile le soin de défendre un procédé thérapeutique dont il se sert si bien au grand avantage de ses malades.

M. le professeur Peter nous fait un grand honneur en acceptant la présidence de cette thèse, nous le prions d'accepter l'hommage de notre profonde reconnaissance,

HISTORIQUE

Les procédés hydrothérapiques mis en usage dans le traitement des affections pulmonaires aiguës sont nombreux. Les bains froids, tièdes, chauds, simples ou additionnés de principes médicamenteux ; les affusions chaudes ou froides ; les bains de vapeur par différents procédés ; les enveloppements dans le maillot sec ou humide, de durée courte ou prolongée ; les applications locales de compresses froides ou chaudes, de sachets de glace même ; ont été préconisés par un grand nombre d'auteurs, et l'historique détaillé des différents procédés hydrothérapiques utilisés dans le traitement des affections pulmonaires aiguës serait fort long. Entre tous, les bains ont toujours été le procédé d'élection et il n'est pas d'époque à laquelle on n'ait eu recours à leur usage.

Mais si les méthodes d'application, si les pratiques des auteurs ont varié à l'infini, et si aujourd'hui encore les procédés mis en usage sont très nombreux, les résultats qu'on leur a demandés peuvent se résumer ainsi : sédation, révulsion, réfrigération.

C'est d'abord une action calmante, sédative que l'on demande à l'eau. Et depuis les temps les plus reculés de l'histoire de la médecine jusqu'à nos jours, le nombre des médecins est considérable qui ont utilisé les bains tièdes dans le but de calmer le système nerveux de malades atteints de pneumonies avec complications ataxiques.

Puis c'est le pouvoir révulsif que d'autres recherchent dans leurs pratiques hydrothérapiques. Gendrin, Grisolle, Trousseau prescrivirent dans ce but des bains chauds sinapisés. Lorsque nous étions l'externe de M. le Docteur Guyot à l'hôpital Beaujon, nous vîmes les bons effets qu'on peut tirer des effets révulsifs du bain chaud sinapisé, dans la broncho-pneumonie des enfants.

Enfin, et depuis bientôt un demi-siècle, précédés seulement par quelques devanciers audacieux tels que Bartholin, Priessnitz, J. Currie, c'est à l'eau froide que les médecins ont de plus en plus tendance à s'adresser dans un but antithermique. C'est l'avènement de la méthode réfrigérante.

C'est en Suisse et en Allemagne que l'eau froide commença à être véritablement utilisée dans le traitement de la pneumonie. A son emploi se rattachent entre beaucoup d'autres les noms de Vogel de Berne, Nissen d'Altona, Weber de Kiel, Ziemmssen, Steffen, Niemeyer, Mayor, Liebermeister, Fisser, Lebert.

Mais le partisan le plus résolu de la méthode, c'est Jürgensen. C'est lui qui l'a édifiée sur ce principe que l'hyperthermie est l'élément le plus grave de la pneu-

monie. Voici la conclusion à laquelle il arrive dans la troisième édition de son ouvrage en 1883 : « Je conclus, dit-il, qu'il faut traiter même les cas légers de pneumonie par la soustraction de chaleur ou par des antipyrétiques appropriés. C'est là une thérapeutique prophylactique qui songe à ménager le cœur... » Et plus loin : « N'oubliez pas que l'ennemi le plus dangereux du cœur est la température élevée, et celle-ci est sûrement et rapidement abaissée par les bains froids. »

Puis ce sont Bozzolo, William Day, Kisselef, en 1885 Eischorst qui recommandent la méthode réfrigérante dans le traitement des pneumonies.

Vers cette époque seulement on commence à juger favorablement et à appliquer cette médication en France. Ce sont les docteurs Gignoux de Lyon, Chaudrier de Tours, en 1884, qui les premiers font des communications favorables

Depuis, le nombre des partisans s'est accru et MM. les docteurs Rendu, Barth, ont apporté dans ces dernières années, à la Société médicale des hôpitaux, des observations favorables. Dernièrement encore, M. le docteur Hutinel, dans une très intéressante clinique à l'hôpital des Enfants malades, faisait connaître les bons résultats qu'il obtient de la méthode réfrigérante dans son service des Enfants assistés.

Quant au procédé qui nous occupe, l'historique n'en peut être long, à peine le trouvons-nous signalé dans quelques auteurs.

Nous trouvons dans les *Archives de Virchow*, de

1861, que Bartels pratiquait des enveloppements dans des compresses mouillées, recouvertes de couvertures de laine; — qu'il répétait plusieurs fois de suite ces enveloppements, dès que le réchauffement avait eu lieu, dans le but de faire alterner l'action du froid et de la chaleur.

Ziemmsen et Steffen utilisèrent aussi les compresses mouillées froides, appliquées sur les parois thoraciques et fréquemment renouvelées.

Russell (Birmingham) et Railton (Carleton) publièrent, dans le *British medical Journal* et dans *The Lancet*, les bons effets qu'ils obtinrent de l'enveloppement dans le drap mouillé dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu hyperthermique.

Allport, après avoir essayé sans résultats satisfaisants les bains froids dans le traitement des pneumonies et d'autres maladies générales, en particulier la fièvre jaune, eut recours à l'emploi de la chaleur et, à cet effet, il pratiqua des enveloppements secs et des enveloppements humides. Il dit s'être très bien trouvé du procédé.

Le professeur Austin Flint a, de préférence aux bains froids, utilisé les enveloppements dans le drap mouillé. Il utilise de l'eau à la température de 25° centigrades, enveloppe ses malades comme le fait M. le docteur Rendu, mais si la pratique est la même, l'intention est différente, car dès que les malades sont bien réchauffés, c'est-à-dire toutes les 15 ou 20 minutes, il renouvelle l'enveloppement, et mesure l'action du procédé à l'abaissement de température qu'il détermine.

Oscar Wyss a utilisé ce procédé dans la thérapeutique infantile. Il emploie un grand drap replié 6 ou 8 fois; l'enfant entouré de ce maillot humide est enveloppé dans une couverture de laine; il y est maintenu pendant deux heures : après on le débarrasse, on le sèche et on le couche dans son lit.

Dans une thèse de Lacour (Paris 1884), nous avons trouvé de nombreuses observations recueillies dans le service du docteur Cobrat de Lyon, qui montrent les bons effets des enveloppements prolongés chez les enfants atteints de broncho-pneumonie.

Enfin, dans le service de M. le professeur Kussmall de Strasbourg, on fait usage du procédé dans les pneumonies et autres affections pulmonaires aiguës, La durée des enveloppements varie entre une demi-heure et deux heures, toutes les observations publiées par deux des assistants du service, les docteurs Kaufmann et W. de Bary sont favorables.

PREMIÈRE PARTIE

Recherche des indications.

CHAPITRE II

Etiologie. Pas de médecine spécifique.

THERAPEUTIQUE D'INDICATIONS

Il n'est pas du ressort de notre sujet de traiter longuement de l'étiologie et de la pathogénie des affections pulmonaires aiguës. Il semble démontré à l'heure actuelle que ces maladies sont toujours dépendantes de la pénétration d'un microbe dans l'économie, et que leurs aspects sont variables avec les conditions de réceptivité de chaque individu et avec la constitution

médicale, du moment où elles se produisent ; que si le microbe est nécessaire à l'éclosion du mal, il n'est pas moins indispensable que ce microbe présente les conditions de virulence voulues, et que l'individu récepteur soit dans un état tel que le microbe y puisse se développer. Et ce qui prouve l'absolue nécessité de cette deuxième condition, c'est que ce microbe que Pasteur (1) décrivit le premier, dont Talamon (2) et après lui Fraenkel (3) démontrèrent le rôle pathogénique, existe très fréquemment dans la salive des personnes les mieux portantes. 15 personnes sur 100 environ, d'après les recherches de M. Netter (4). Et les pneumoniques sont relativement rares « car il est fort heureux, dit M. le professeur Bouchard (5), qu'il ne suffise pas de la rencontre d'un microbe et d'un individu pour qu'il y ait fatalement maladie ».

Mais si nous connaissons la véritable cause de la maladie, il n'est encore malheureusement que trop certain que lorsqu'il s'agit de ces infections du ressort de la médecine générale, nous n'avons aucune prise directe contre elle. La médication spécifique, en un mot, à laquelle la connaissance des causes pourrait nous conduire, n'est encore qu'un idéal thérapeutique qui nous échappe. Si la chirurgie a pu profiter de

(1) Pasteur, 1884. •

(2) Talamon, 1885.

(3) Frœnkel, *Zeitschrift für klinische medicin.*, Bd XXI.

(4) Netter. *Du Microbe de la pneumonie dans la salive*. Arch. générales de méd., 1888.

(5) Bouchard. *Cours de pathologie générale*, 1888.

ces découvertes microbiennes et faire les merveilleux progrès que l'on sait, c'est que le chirurgien, par les moyens dont il dispose et par les antiseptiques localement appliqués, pouvait atteindre ces agents pathogènes des maladies ressortissant à son art ; mais dans les infections générales, dans les affections dites médicales, l'agent spécifique échappe encore à notre atteinte : il n'y a pas de médications microbicides internes.

Et pourtant il y a de beaux travaux faits dans ce sens.

Des expériences de Netter (1), de Frænkel (2), de Biondi (3), de G. et F. Klemperer (4), établirent d'une façon définitive la possibilité de conférer à des lapins l'immunité contre l'infection pneumococcique.

G. et F. Klemperer crurent pouvoir atteindre plus loin et ils essayèrent pour la pneumonie ce que Behring avait fait pour la diphtérie, Kitasato pour le tétanos, ils cherchèrent si le sérum des animaux vaccinés ne pouvait agir comme liquide curateur et immuniser les lapins préalablement infectés par une inoculation veineuse ou sous-cutanée d'un liquide virulent. Ils annoncèrent quelques résultats favo-

(1) Netter. *Loco cit.*

(2) A. Frænkel. Bacteriologische Mittheilungen. *Zeitschr. f. klin. med.*, 1886.

(3) Biondi. Die pathogenen microorganismen des speichels. *Zeitschr. f. hyg.*, 1887.

(4) G. et F. Klemperer. Versuche über immunisirung und heilung bei der pneumokokkeninfection. *Berliner klin. Woch.*, 1891.

rables, mais le docteur Mosny, reprenant leurs expériences avec le plus grand soin, ne put malheureusement confirmer leurs travaux ; il n'obtint aucun résultat, tous les lapins infectés ont succombé à quelque moment qu'on ait essayé de les guérir (1).

La thérapeutique fondée sur les indications est donc encore la seule possible. Nous allons rechercher d'où nous peuvent venir ces indications.

Nous ne nous occuperons pas de la question de savoir si les maladies qui font l'objet de cette étude, pneumonies, fluxions de poitrine, congestions, etc., sont primitivement des maladies générales qui secondairement se localisent sur le poumon, ces pneumonies, c'est-à-dire la lésion visible, tangible de l'organe, n'étant que les déterminations locales de la maladie, — ou bien si elles sont des maladies locales, des phlegmasies pulmonaires se développant sous l'influence de causes locales, la fièvre et les autres symptômes généraux concomitants n'étant que la conséquence de la lésion.

Il semble à peu près démontré que dans presque tous les cas on se trouve en présence d'une infection pneumococcique qui se localise de préférence sur l'appareil pulmonaire, mais qui peut aussi atteindre la plèvre, les méninges, le péritoine, etc. (2).

Il n'entre pas non plus dans les limites de notre sujet

(1) Mosny. Recherch. expériment. sur la vaccination pneumonique et sur sa guérison. *Arch. de méd. expériment.*, 1892.

(2) Th. de Bouley. *Les Déterminations extra-pulmonaires du pneumocoque*, 1891.

de traiter en détail le côté clinique des affections que nous avons observées spécialement au point de vue de leur traitement. Cela nous entrainerait dans des développements beaucoup trop longs. Car de la diversité des conditions de vitalité et de virulence que peuvent présenter les agents pathogènes, de la multiplicité des dispositions qui peuvent se rencontrer chez les individus, naît une variété si grande de formes morbides que pour chaque malade il faudrait presque une description spéciale. D'où cette quantité de formes et de types cliniques dans les pneumonies et les congestions pulmonaires ; bien peu sont comparables exactement entre elles et on en arrive toujours lorsqu'on examine un ensemble d'observations à cette conclusion si heureusement exprimée par M. le professeur Peter : « il n'y a point de pneumonies, il n'y a que des pneumoniques. »

Ceci pour dire que dans les quelques observations qui suivent il ne faut pas chercher quelles maladies nous avons voulu traiter par les enveloppements dans le drap mouillé. On y trouve toutes sortes de malades, des vieillards et des adultes atteints de pneumonies franches aiguës, mais ceux-là sont les exceptions et la plupart ont présenté des affections bâtarde participant de la pneumonie, de la congestion pulmonaire, de la bronchite, de la pleurésie tout à la fois. Si quelques-uns ont été frappés par l'affection pulmonaire aiguë au milieu d'un état général excellent, beaucoup étaient déjà dans de mauvaises dispositions depuis quelque temps, affaiblis tantôt par la fatigue excessive,

par la misère, tantôt par l'âge ou par une affection quelconque mal définie.

Ainsi nous est-il impossible de rapprocher dans une description clinique des malades tels que ceux de nos observations XV, II, XXI.

Le premier, un homme de 35 ans, vigoureux, légèrement alcoolique, frappé en pleine santé par une pneumonie franchement aiguë, à caractère hyperthermique et ataxique, et guérissant en moins de dix jours.

Le deuxième, un vieillard de 67 ans, apporté à l'hôpital dans un état d'adynamie complet, épuisé depuis quinze jours par une diarrhée intense, et qui presque hypothermique entre pour une pneumonie du sommet.

La troisième, une femme atteinte de néphrite chronique et dont l'urine contient deux grammes d'albumine par litre, qui présente une pneumonie de la moitié supérieure du poumon droit avec congestion des deux bases.

Aussi, sans faire de description clinique d'ensemble, ne ferons-nous que rechercher les symptômes communs à tous nos malades, laissant de côté tous ceux qui les différencient. Il ne nous servirait à rien de traiter en détail le côté clinique de notre sujet, nous n'avons besoin à ce point de vue que de montrer ce qui explique la thérapeutique instituée par M. le docteur Rendu.

Et nous espérons atteindre ce but en rappelant brièvement, d'une part, les points essentiels de la

physiologie pathologique du malade atteint d'affection pulmonaire aiguë, les indications qui en découlent, et d'autre part les effets directs et indirects de l'enveloppement dans le drap mouillé sur l'organisme.

CHAPITRE III

Indications fournies par l'examen des symptômes qui dépendent de l'état du poumon.

En présence d'un malade atteint d'une affection pulmonaire aiguë, qu'il s'agisse de pneumonie ou de congestion de quelque nature que ce soit, on peut diviser en deux groupes l'ensemble des symptômes observés. D'une part, ceux qui sont sous la dépendance directe de la lésion locale, d'autre part ceux qui relèvent de l'état général.

Le rapport qui existe entre ces deux ordres de phénomènes est extrêmement variable et il s'en faut qu'il y ait toujours parallélisme entre eux. Tel individu se présente avec un état général à peu près satisfaisant qui est atteint d'une pneumonie étendue, tel autre présente à peine quelques lignes de congestion et un état général des plus graves, tantôt c'est du poumon, tantôt c'est de l'infection que vient la gravité de la maladie.

Nous allons examiner successivement ces deux

groupes de symptômes, en insistant surtout sur leur pathogénie de façon à en déduire quelques indications thérapeutiques.

La phlegmasie pulmonaire, congestion ou hépatisation est tout d'abord constituée par une dilatation plus ou moins considérable des capillaires de la région envahie ; puis il s'ajoute à ce premier trouble circulatoire une exsudation qui, remplissant d'une façon plus ou moins complète les alvéoles, comprime les mailles vasculaires avoisinantes et peut transformer tout le territoire malade en un bloc compact où la circulation se ralentit de plus en plus.

Un premier symptôme résulte de cette turgescence locale, c'est le point de côté qui marque généralement le début de ces affections pulmonaires aiguës. Grisolle le considérait comme la souffrance du poumon. Certains auteurs et avec eux Bouillaud et Jürgensen, le comparant à la douleur du panaris, le rapportent à la compression de la plèvre par le poumon, augmenté de volume, d'autres : Beau, puis M. le professeur Peter, l'attribuent à l'inflammation même des filets nerveux de la paroi.

Puis c'est une dyspnée plus ou moins vive, dépendant à la fois et de la gêne fonctionnelle de l'organe et du point de côté qu'augmentent les mouvements respiratoires étendus.

Mais d'une bien plus grande importance est l'in-

(1) Beau. *Arch. de méd.*, 1847.

(2) Peter. *Lec. de clinique méd.*, 1877.

fluence qu'exerce sur le cœur la localisation pulmonaire de la maladie. Nous allons y insister (1).

1° L'exsudation pneumonique amène une augmentation de résistance dans la petite circulation. Le ventricule droit est obligé d'exécuter un surcroît de travail.

Le réseau de la petite circulation se trouvant, en effet, restreint par le lobe hépatisé, alors que la quantité de sang qui doit y circuler, reste la même, il en résulte une augmentation de pression dans le réseau circulatoire resté libre, et par suite, une nécessité pour le ventricule droit d'augmenter son énergie. Si donc ce ventricule est dilaté antérieurement, en état d'insuffisance imminente, il aura chance de plier sous la charge qui lui est imposée ;

2° Le lobe hépatisé empêche les variations de volume du poumon, diminue l'amplitude des respirations.

Dès lors, le rôle de soufflet d'appel, qu'il joue à l'état normal, se trouvant réduit, la circulation du sang dans le réseau pulmonaire devient languissante, si le cœur n'augmente son énergie. Plus le rôle passif du poumon est diminué, plus le rôle actif du muscle cardiaque doit être accru.

Telles sont les deux principales causes pour lesquelles le muscle cardiaque doit augmenter son énergie.

(1) Les quelques propositions qui suivent sont empruntées à Jürgensen. *Ziemmsen's handbuch der speciellen pathologie und therapie* band V. Th. Hénault, Paris, 1891.

3° Le lobe hépatisé diminue le champ de l'hématose.

Et cela alors que l'organisme exige, en raison de son état fébrile, une quantité d'oxygène plus grande qu'à l'état normal. De là, nécessité pour lui d'augmenter le nombre des respirations, et par suite d'accélérer les battements cardiaques.

Le lobe hépatisé commande donc, en définitive, au muscle cardiaque et d'augmenter son énergie et d'accélérer son rythme. Et le cœur doit suffire à cette lourde tâche, alors qu'il est altéré par la maladie elle-même, alors que son innervation est touchée par les produits toxiques de l'économie, et que la nutrition de ses fibres est rendue défectueuse par l'insuffisance forcée de l'hématose, dont il subit lui-même les conséquences.

Le point de côté, la dyspnée, la diminution de l'hématose, la surcharge du cœur droit tels sont les symptômes qui résultent immédiatement, et d'une façon mécanique, de la localisation pulmonaire de la maladie, constituée essentiellement par une gêne de la petite circulation et par un exsudat dans les alvéoles.

Mais il y a toutes les variétés dans la gravité et dans l'agencement de ces éléments; tantôt, lorsqu'il s'agit de congestion légère et peu étendue, ils passent même inaperçus, la douleur peut être vive, la dyspnée objective peut être intense, mais la fonction pulmonaire est peu atteinte et le cœur ne paraît pas s'en ressentir; d'autres fois l'hépatisation est étendue, la congestion est généralisée, la fonction pulmonaire peut être à ce point entravée, que la mort rapide survient par asphyxie aiguë.

C'est alors par leur affection locale que meurent les malades. Mais ces faits sont les exceptions et ce n'est pas en général dans la diminution de la fonction pulmonaire qu'il faut chercher la gravité de la maladie, car il en est d'autres qui entravent la fonction respiratoire à un bien plus haut degré que celles qui nous occupent, et qui sont supportées plus longtemps : telles la destruction ulcéreuse des poumons tuberculeux, la compression des poumons par un exsudat pleurétique abondant.

En toute autre circonstance, c'est-à-dire dans la majorité des cas, alors que l'hépatisation n'envahit qu'un lobe, qu'il n'existe qu'une congestion limitée, quand la mort survient c'est le cœur qu'il faut accuser. Le malade meurt d'insuffisance cardiaque. Cette cause de mort sera d'autant plus à redouter, que le cœur sera plus affaibli antérieurement, ou plus altéré par la fièvre et l'infection.

Pour tous ces motifs le cœur peut intervenir et intervient souvent dans les causes de la mort chez les pneumoniques ; il faut toujours redouter sa paralysie.

De cet examen rapide et de l'exposé schématique de la pathogénie des symptômes du premier groupe, ressort cette indication importante :

A. Prévenir l'insuffisance cardiaque, ou la combattre quand elle est déclarée :

1° En facilitant la circulation pulmonaire dont on diminuera la pression ;

2° En favorisant l'expulsion de l'exsudat.

Indication qui sera être complétée lorsque, après

examen de l'état général, nous arriverons à ces conclusions :

Tonifier le système nerveux.

Activer les sécrétions.

CHAPITRE IV

Examen des symptômes qui caractérisent l'état grave.

L'étude des différents symptômes qui caractérisent l'état général grave est plus intéressante, car si nous pouvons fort peu de chose contre la lésion pulmonaire, contre un accident matériel anatomiquement constitué, il est plus en notre pouvoir d'agir avec une certaine efficacité sur l'ensemble de ces phénomènes généraux de la maladie. manifestations dynamiques, qui, si elles signifient perturbations souvent graves de l'élément, n'impliquent pas l'idée d'une lésion irréparable.

Ce qu'il est utile de connaître lorsqu'on étudie la clinique dans le but d'établir une thérapeutique, ce ne sont pas les menus détails de la symptomatologie, ce ne sont pas les symptômes des formes légères qui guérissent toujours et qui guériraient même sans intervention. C'est l'étude de ces quelques symptômes qui sont l'expression d'un état grave, et qui se trouvent à leur maximum dans les états dits typhoïdes, qui peut conduire à une interprétation des accidents et à une thérapeutique rationnelle.

Trois symptômes, lorsqu'on examine l'état général d'un malade atteint d'affection pulmonaire aiguë, attirent surtout l'attention : la température, le pouls, l'état du système nerveux, puis au deuxième plan l'état des voies digestives et des sécrétions.

C'est à l'aide des trois premiers de ces éléments, considérés isolément puis dans leurs rapports les uns avec les autres, que l'on établit le degré de la gravité de la maladie, que l'on porte un pronostic.

L'élévation de la température est en effet le symptôme le plus constant dans les affections qui nous occupent. Généralement très élevée, presque continue dans les pneumonies franches aiguës, elle présente les plus grandes variétés, les types les plus irréguliers dans ces affections bâtarde auxquelles depuis bientôt trois ans on ne cesse d'appliquer l'étiquette de pneumonies, de congestions pulmonaires grippales.

Tantôt la température, rapidement élevée est à type continu, à évolution cyclique à peu près déterminée ; tantôt elle présente toutes les irrégularités, Le début, l'évolution, la durée, tout est irrégulier et indéterminé. Grandes oscillations, ascensions et défervescences successives, hyperthermie, quelquefois presque hypothermie, on voit tout.

Pourtant il est certain que d'une manière générale l'élévation de la température est en rapport avec la gravité de la maladie. C'est un point sur lequel nous reviendrons lorsque nous étudierons la pathogénie des accidents.

Le pouls présente des modifications dans sa fré-

quence et dans sa forme, et les indications qu'il fournit sont de la plus haute importance, plus importantes peut-être que celles fournies par la température. Car une élévation de température même considérable 40° par exemple, n'est pas d'un pronostic grave si le pouls n'est pas rapide, s'il reste entre 90 et 100 pulsations à la minute. Un pouls qui bat entre 120 et 140 au contraire, la fièvre fût-elle très modérée, est d'un pronostic bien plus grave.

Selon Grisolle et Griesinger, parmi les pneumoniques adultes qui ont plus de 120 pulsations, il en meurt un tiers; parmi ceux qui ont de 130 à 140, il en meurt la moitié.

Quant aux modifications des qualités du pouls, quant à sa forme, à son amplitude, à sa force, leur étude présente un intérêt moindre, exception faite toutefois pour l'arythmie qui est le signe d'une perturbation grave.

Ces modifications du pouls sont en rapport d'une part avec la résistance que présente la petite circulation et l'effort plus ou moins considérable qui en résulte pour le cœur, et d'autre part avec l'influence directe de la maladie sur le muscle cardiaque et sur son innervation. L'état du cœur, antérieurement à la maladie, est de la plus haute importance et il sera insuffisant d'autant plus tôt, qu'il était plus affaibli.

Les symptômes nerveux sont fréquents, ce sont d'abord des symptômes douloureux, qui ont rarement manqué chez nos malades et qui paraissent des le début. C'est la céphalalgie précoce, vive surtout dans

la région frontale, plus rarement à la région occipitale, céphalalgie qui consiste en élancements, en un sentiment de constriction pénible que la toux exagère.

C'est la courbature générale, avec exacerbations des douleurs dans les membres et dans la région dorsale. A plusieurs de nos malades il semblait qu'on les avait roués de coups. C'est alors le tableau de la grippe à forme douloureuse.

Puis c'est l'insomnie, l'agitation, le délire sous tous ses aspects, les tremblements de la langue, des lèvres, des mains, les soubresauts des tendons; et enfin les symptômes nerveux qui révèlent l'état grave : l'adynamie et l'ataxie.

Nous ne nous étendrons pas sur ce côté clinique. Tout le monde connaît ces phénomènes ataxiques qui se produisent de préférence chez les sujets vigoureux, frappés en pleine santé et surtout chez les éthyliques, caractérisés par un délire plus ou moins violent, par de l'agitation continue avec vociférations et mouvements incessants. — La forme adynamique est plus fréquente, c'est elle que présentent les sujets affaiblis, les cachectiques ou les vieillards; et l'on a souvent l'occasion de voir ces malades dans une prostration complète, le regard vague, sans expression, l'air indifférent, les narines pulvérulentes, les lèvres sèches; immobiles dans leur lit, leur faiblesse est extrême, la contractilité musculaire est tellement altérée qu'ils ne peuvent rester assis à moins d'être soutenus par des aides; si on les abandonne à eux-mêmes ils retombent sur leur oreiller comme une masse inerte.

A cette triade symptomatique il convient d'ajouter l'état du tube digestif et de ses annexes. C'est d'abord la langue qui, perdant sa coloration et son humidité normales, devient blanche, saburrale, plus ou moins sèche, brune et comme rôtie dans certains cas ; elle se couvre de croûtes, de fuliginosités qui la collent au palais, aux lèvres et gênent la déglutition et la parole.

C'est l'anorexie absolue, puis la constipation ou la diarrhée, fréquente chez les malades que nous avons soignés. C'est le foie et la rate qui, sous l'influence de l'infection, se tuméfient et deviennent un peu douloureux à la pression.

Les reins eux aussi fonctionnent mal et la quantité d'urine excrétée est considérablement réduite et modifiée dans sa composition.

Dans le chapitre suivant nous insisterons sur ces troubles de la fonctions rénale, et nous essayerons de montrer qu'ils jouent un rôle important dans la pathogénie des accidents graves.

La peau devient brûlante, souvent sèche, quelquefois assez humide mais d'une humidité qui n'a pas les caractères normaux de la sueur habituelle, c'est plutôt une viscosité.

Tout indique, en un mot, une profonde altération dans les sécrétions.

Mais si l'étude clinique des symptômes dont nous venons de parler conduit au pronostic, il ne suffit pas de connaître leurs différentes formes, leurs rapports chronologiques, leur évolution pour arriver à établir une thérapeutique rationnelle.

Quelle relation existe-t-il entre ces trois ordres de phénomènes (température, accidents cardiaques, accidents nerveux) ? y a-t-il entre eux quelque rapport de causalité, la température étant la cause des accidents cardiaques et nerveux ? ou bien n'y a-t-il qu'un rapport de coïncidence ? C'est, en un mot, leur physiologie pathogénique qu'il faut étudier, c'est elle qu'il faut arriver à connaître pour entreprendre la lutte d'une façon raisonnée sinon toujours efficace. C'est à la cause des phénomènes graves qu'il faut remonter et s'attaquer, et c'est d'ailleurs ce à quoi chacun a la prétention d'arriver. Que l'on considère, en effet, la série des médications qui furent successivement en faveur dans le traitement de la pneumonie, et l'on verra que la saignée, le tartre stibié, l'expectation même se réclamaient d'une interprétation rationnelle des faits.

Mais l'on a toujours tendance à prendre pour un rapport de causalité, un simple rapport dans le temps de succession ou de coïncidence. Et c'est ainsi qu'est née la médication réfrigérante. On a remarqué, le thermomètre à la main, qu'avec une élévation considérable de température survenaient des accidents nerveux ataxiques ou adynamiques, de la parésie, de l'insuffisance cardiaque qui entraînaient la mort, et on en a conclu que c'est l'hyperthermie qui fait tout le mal.

La conséquence pratique de ce raisonnement fut cette conception thérapeutique, à savoir que la suppression de la chaleur dans les maladies fébriles devait supprimer les accidents mortels. Ce point de départ

posé, la thérapeutique réfrigérante, soit par les agents médicamenteux, soit par les procédés hydrothérapiques. s'imposait. L'idée a fait du chemin et en fait encore aujourd'hui. Dans notre chapitre d'historique nous avons, en quelques lignes, montré quelle importance a acquise, sous l'influence des idées allemandes, la réfrigération par les bains froids dans les maladies pulmonaires aiguës.

Nous allons essayer de montrer que la température n'est pas le facteur de la gravité, que ce n'est pas contre elle qu'il faut diriger la thérapeutique et que si les bains froids donnent de bons résultats, c'est plutôt par leur action révulsive qu' par leur pouvoir antithermique.

CHAPITRE V

Pathogénie des symptômes graves.

INDICATIONS

Lorsque nous voulons essayer de rechercher ce qui, dans les maladies dont nous nous occupons, cause les symptômes graves, nous ne discutons pas l'étiologie même de ces maladies. C'est un microbe qui a envahi l'économie, le mal est produit, et ce microbe est jusqu'à présent hors d'atteinte.

Mais si en général la maladie évolue d'une façon favorable, si dans la majorité des cas, la virulence du microbe s'atténuant, tous les troubles de l'économie disparaissent après un temps plus ou moins long, d'où viennent les accidents lorsqu'ils se produisent?

Deux opinions sont en présence.

C'est d'abord la théorie dont nous parlions à la fin du chapitre précédent, qui considère l'élévation de la température comme la cause des phénomènes nerveux et des accidents cardiaques graves qui entraînent la

mort, puis c'est celle qui regarde les modifications morbides de la température et les autres accidents comme indépendants les uns des autres et prenant tous leur source dans l'infection.

Les partisans de cette première doctrine qui fait résider le danger des affections pulmonaires graves et de toutes les maladies fébriles en général dans l'hyperthermie, sont nombreux, En Allemagne surtout, elle a trouvé d'éminents défenseurs, et ce n'est qu'à leur suite que quelques auteurs français l'ont acceptée.

Ce fut le point de départ de la méthode réfrigérante de la méthode dite de Brand, qui, appliquée à la fièvre typhoïde ou plutôt à toutes les affections à allures typhoïdes, parut donner de bons résultats.

A côté de Brand il faut citer Liebermeister et Jürgensen parmi les partisans les plus célèbres de la méthode et de la théorie.

Les principales raisons que donne Liebermeister (1) pour appuyer cette opinion sont les suivants :

1° *L'état grave est toujours en rapport avec l'ascension thermométrique.*

2° *C'est l'hyperthermie qui est la cause des accidents nerveux, et ce qui le prouve, c'est que la réfrigération, c'est-à-dire une soustraction de chaleur les fait cesser.*

C'est l'idée que Jürgensen exprime dans les conclusions de l'ouvrage qu'il a consacré à la question : « Je

(1) Liebermeister, *Handbuch der pathologie und therapie des Fiebers*, 1875.

conclus qu'il faut traiter même les cas légers de pneumonie par la soustraction de chaleur ou par les antipyrétiques appropriés, c'est là une thérapeutique prophylactique qui songe à ménager le cœur », et plus loin : « N'oubliez pas que l'ennemi le plus dangereux du cœur est la température élevée, et que celle-ci est sûrement et rapidement abaissée par les bains froids. »

C'est cette doctrine que M. le professeur J. Sée (1) et d'autres auteurs avec lui défendirent dans de longues discussions à l'Académie de médecine en 1883. L'hyperthermie est la source de tous les méfaits, c'est elle qui cause les accidents nerveux, la parésie cardiaque, elle exagère la dénutrition, elle provoque des dégénérescences des parenchymes, des altérations du cœur, du foie, de la rate, des muscles, etc..., conclusion : bains froids ou médications propres à abaisser la température. Et l'on discute des valeurs relatives du sulfate de quinine, de l'acide salicylique, de l'acide phénique, de la digitale, des sels de potasse ; aujourd'hui on ajoute à la liste l'antipyrine et l'antifébrine. Et leur action est toujours mesurée à l'abaissement de température que ces agents provoquent.

Il nous semble qu'il n'est pas trop malaisé pourtant de montrer que cette interprétation des faits est un peu spéieuse ; que c'est prendre l'effet pour la cause, un signe de la maladie pour la maladie elle-même.

La clinique, tout d'abord, nous montre souvent, à

(1) Sée. *Bulletin de l'Acad. de méd.*, janv. 1883.

côté des cas où il y a coïncidence de l'hyperthermie et des accidents mortels, une température très élevée qui se prolonge pendant plusieurs jours, comme dans la fièvre récurrente, comme dans la fièvre typhoïde, sans que survienne le cortège des symptômes nerveux graves, sans que le cœur paraisse s'en ressentir.

Bien plus souvent encore nous voyons des malades qui sont emportés au milieu de phénomènes adynamiques avec une température fort peu élevée, souvent voisine de la normale, quelquefois même au dessous d'elle. C'est ainsi que le malade qui fait l'objet de notre observation XVIII mourut dans le collapsus sans avoir pendant les deux jours qu'il resta à l'hôpital présenté une température supérieure à 38°.

Il en est de même chez les pneumoniques débilisés, cachectiques, où chez les vieillards, ils meurent presque tous dans l'adynamie et par leur cœur, et pourtant ils présentent en général une faible élévation de température, quelquefois même ils sont en hypothermie.

Et comment, si la température morbide est un élément d'une telle gravité, expliquer encore ce fait qui ressort de nos observations, que des malades dans un abattement profond, avec peu de température se trouvent mieux et sortent de leur torpeur, lorsque le traitement, auquel nous les avons soumis, élève leur température de plusieurs dixièmes, quelquefois même de un degré.

L'état grave n'est donc pas toujours en rapport avec l'ascension thermique.

La seconde proposition de Liebermeister, établie sur les bons effets que donne le traitement par l'eau froide, repose elle aussi sur une interprétation des faits qui pourrait, il nous semble, être présentée tout autrement.

Il y a hyperthermie, dit-il, et des accidents graves ; la médication par l'eau froide diminue la température, les accidents cessent, donc c'est la diminution de la température qui fait disparaître les accidents.

Il faudrait pour que cette opinion pût être adoptée qu'il fût prouvé que le bain froid n'agit qu'en qualité d'antithermique. Et son action est bien plus complexe.

D'ailleurs il s'en faut que la modification apportée dans l'état général du malade soit toujours proportionnelle à l'abaissement de la température. Si donc le bain froid est un excellent moyen d'enrayer les phénomènes graves, il faut admettre qu'il ne joue pas seulement le rôle d'un antithermique.

Un autre argument nous est fourni par la thérapeutique contre cette doctrine de l'hyperthermie, et nous montre que l'abaissement de température déterminé par la balnéation froide n'est pas suffisante pour en expliquer les bons effets. C'est ce fait que certains antipyrétiques employés aujourd'hui et administrés à hautes doses, abaissent aussi bien la température qu'un bain froid, quelquefois même davantage, et que pourtant ils sont loin d'avoir sur l'état général une action aussi favorable.

« En réalité l'hyperthermie, dit M. le professeur Peter (1) discutant cette question à l'Académie de

(1) Peter. *Bull. de l'Acad. de méd.*, janvier 1883.

Médecine en 1883, n'est pas la cause de la gravité du mal, elle n'est que l'une des expressions possibles de cette gravité. L'hyperthermie peut se montrer dans des cas qui ne sont pas graves, et ne pas survenir dans des cas qui le sont. »

La même opinion était formulée et défendue par MM. les professeurs Hardy et Dujardin-Beaumetz. Ce dernier à ce sujet s'exprimait en ces termes :

« L'hyperthermie est la caractéristique de la gravité de la maladie, ne s'adresser qu'à ce symptôme c'est laisser de côté la maladie elle-même ; et encore la température n'est-elle pas toujours un symptôme qui dénote la gravité proportionnelle de la maladie, il faut encore qu'il y ait accélération du pouls. — L'abaissement de température obtenu par certains agents médicamenteux résulte le plus souvent de l'action toxique des médicaments. A l'empoisonnement septique déterminé par la maladie, nous ajoutons une autre intoxication, et quoique la température s'abaisse, le malade n'en succombe pas moins. »

Puis c'est M. le professeur Hardy qui s'élève contre les dangers exagérés ou imaginaires de l'hyperthermie et qui arrive à cette conclusion : « la même cause, l'infection, provoque et les désordres cardiaques et l'élévation de la température ». C'est ce que disait encore M. le professeur Bouchard dans son cours de pathologie générale : « L'hyperthermie n'est un danger ni au point de vue des lésions anatomiques, ni au point de vue de la dénutrition, elle indique la gravité de la maladie, mais elle ne la produit pas. »

Ainsi donc des quelques considérations cliniques et thérapeutiques que nous venons de présenter, il nous semble résulter que l'idée, sur laquelle repose la médication antithermique, est insuffisante pour justifier les bons effets du bain froid.

La température n'est pas l'élément qu'il faut combattre, c'est ce que la bactériologie et la chimie démontrent encore d'une façon évidente, en même temps qu'elles établissent sur des bases scientifiques la doctrine de l'infection et de l'intoxication.

La bactériologie, par les recherches de Gamaleïa, nous montre en effet que la température n'est pas en rapport avec la violence de l'infection microbienne. Bien loin de là, Gamaleïa (1) a montré qu'en général une augmentation dans la virulence des bactéries diminuait à la fois le degré et la durée de la fièvre qu'elles provoquent. Pour le charbon et la pneumonie, il l'a démontré par des expériences directes.

Tandis que les bactéries pneumoniques de virulence moyenne amènent, comme l'ont déjà montré Pasteur et ensuite Frænkel (2), une température montant jusqu'à 42° 5 et ne tombant que deux heures avant la mort, les mêmes bactéries, accrues de virulence grâce au passage par des lapins, tuent avec une fièvre peu intense. Plus la virulence est grande, plus la mort est rapide et moins il y a de fièvre.

(1) Gamaleïa. Sur la destruction des microbes dans les organismes fébricitants. *Annales de l'Institut Pasteur*, mai 1888.

(2) Frænkel. *Loco citato*,

Les produits solubles de ces microbes injectés en quantité suffisante provoquent un état somnolent, et les animaux en expérience meurent dans le coma ne présentant qu'une minime élévation de température (1).

Ces constatations expérimentales viennent confirmer ce que la clinique nous montrait tout à l'heure. Un certain nombre des pneumoniques qui meurent, succombent avec des températures relativement basses, car ils sont, antérieurement à la maladie, débilités, mal nourris, surmenés, alcooliques, ce qui augmente la virulence relative des agents de l'infection.

Donc, si la fièvre ne dépend pas directement des bactéries, ni de leurs produits solubles, elle ne peut apparaître que comme le résultat d'une réaction de l'organisme contre leur présence.

C'est ce que, par ses remarquables travaux sur la phagocytose, Metschnikoff a confirmé, montrant que la fièvre est la conséquence de l'activité des phagocytes (2).

Pourtant d'autres auteurs, après M. le professeur Gauthier (3), Chauvin et Ruffer (4) ont montré que cette activité des phagocytes sur les microbes n'était

(1) Expériences de Hoffa. *Die Natur des milzbrandgiftes*.

(2) Il a donné ce nom aux cellules de l'organisme capables de dissocier les microbes. Les phagocytes se divisent : 1^o en microphages dans lesquels on range les leucocytes; 2^o en macrophages (cellules mésodermiques de la rate et du foie). Metschnikoff. Leçons faites à l'Institut Pasteur, mai-juin 1891.

(3) A. Gauthier. *Acad. des sciences*, 1886.

(4) Charrin et Ruffer. *Soc. biologie*, 26 janvier 1889.

pas tout dans le mécanisme de l'hyperthermie et qu'il fallait aussi tenir compte de l'action de certaines substances chimiques proprement dites, pouvant elles aussi provoquer un mouvement fébrile.

Roussy (1), dans une communication à l'Académie de médecine, a parlé d'une nouvelle substance chimique isolée d'un microorganisme et qui possède la singulière propriété de déterminer à dose infime les accès de fièvre les plus intenses et les plus typiques. Roussy a appelé cette substance la pyrétogénie. Il semble donc que l'on puisse faire deux parts dans la pathogénie de la fièvre, l'une d'ordre réactionnel, due à l'activité des phagocytes, l'autre due à des phénomènes d'ordre purement chimique.

La première serait favorable puisqu'elle a pour but la destruction des microbes et devrait être respectée. Cette nouvelle conception de la fièvre répond assez à l'idée qu'en avaient les anciens auteurs lorsqu'ils considéraient les phénomènes fébriles comme le résultat d'une réaction utile et nécessaire.

Mais cette première phase de la maladie, cette lutte des cellules de l'organisme contre les microbes, a donné naissance à des phénomènes chimiques et formé de nouveaux produits qui proviennent de la désintégration des microbes d'une part et des cellules qui se sont désorganisées dans la lutte d'autre part.

Ces produits sont toxiques et retenus dans la circu-

(1) Roussy, Acad. de méd., 12 mars 1889.

lation, ils deviennent bientôt pour l'économie un nouveau danger qui s'ajoute à l'infection.

M. A. Robin (1), à la suite de ses très remarquables travaux sur la chimie de la dénutrition dans les états typhoïdes, est arrivé, entre autres conclusions, à celle-ci : « Pendant les fièvres graves, compliquées d'état typhoïde, il y a rétention dans l'organisme de déchets peu solubles, difficilement éliminables, habituellement toxiques ».

Les phénomènes chimiques qui leur donnent naissance sont, d'après Schutzenberger, des hydratations et des dédoublements. Il en résulte une production de chaleur.

Puis si les fonctions de l'organisme ne sont pas trop compromises, si l'hématose, si la circulation se font assez bien, ces produits directs de la dénutrition peuvent être transformés à leur tour ; et c'est alors qu'interviennent utilement les oxydations qui réduisent ces produits toxiques et difficilement éliminables, en urée et en acide carbonique.

M. A. Robin a ainsi montré que les oxydations, que certaine thérapeutique antypyretique voulait combattre directement, étaient utiles, puisque, par la réduction des produits toxiques résultant d'une dénutrition exagérée, elles atténuaient leur rôle nuisible et les transformaient en substances facilement éliminables par les émonctoires normaux.

Et pourtant les oxydations sont encore une source

(1) A. Robin. Mémoire présenté à l'Académie de médecine, 1888.

importante de calorique, et néanmoins il semble qu'il faille les favoriser.

Mais dans ces maladies infectieuses, les actes de désintégration organique, hydratations et dédoublement sont accrus, tandis que les actes d'oxydation sont relativement diminués. D'où cette conséquence qu'une partie de ces produits qui résultent des premiers phénomènes, n'est pas suffisamment oxydée, réduite pour être éliminée facilement, et reste en circulation.

Ce sont ces différents produits toxiques qui, retenus dans la circulation, causent, par leur action sur le système nerveux et sur le cœur, les accidents graves.

« Ainsi, ce que l'on a dénommé état typhoïde, écrit M. A. Robin, cet élément morbide jusqu'ici purement symptomatique, qui pèse d'un tel poids dans le pronostic, peut être aujourd'hui défini avec une réelle précision. L'état typhoïde est causé par la rétention dans l'organisme de déchets, matières extractives, leucomaïnes, ptomaïnes, dont l'élimination est retardée, soit à cause de l'excès même de leur quantité, soit par une insuffisance relative ou absolue des émonctoires.

« Ce n'est plus une simple manifestation symptomatique d'ordre purement fonctionnel; c'est bien au contraire l'expression extérieure d'une véritable auto-intoxication, et l'on peut dire à l'heure actuelle que cet élément morbide possède sa lésion spécifique, disons le mot, sa lésion chimique, à savoir la rétention des résidus d'une destruction augmentée avec oxydations

relativement diminuées ». Il nous semble qu'on peut rapprocher de ces accidents graves des maladies aiguës ceux qui se produisent dans les périodes terminales de certaines affections à évolution lente.

Un malade est atteint d'une cirrhose hépatique par exemple, les différentes fonctions de son foie, fonction glycogénique, fabrication de la bile, fabrication de l'urée, sont atteintes, et pourtant pendant de longs mois, pendant plusieurs années même, ce malade tolère sa maladie. Mais les urines modifiées dans leurs caractères physiques et dans leurs qualités chimiques, témoignent, par les substances anormales qu'elles contiennent en abondance, du rôle compensateur du rein : Il élimine une grande quantité de ces produits de désassimilation qu'un foie normal aurait transformés soit pour les utiliser, soit pour les rejeter. Puis il arrive que cet organe rénal, fatigué par le surcroît de travail qui lui incombe, ou irrité par l'action topique des substances qu'il élimine, se prend à fonctionner mal lui aussi, et subitement, des accidents graves se produisent. Les urines deviennent rares, troubles, la peau du malade est d'abord visqueuse puis sèche, la langue est saburrale, pâteuse, desséchée et brune, le système nerveux et le cœur sont intoxiqués, et le malade meurt rapidement si la thérapeutique est impuissante à rappeler la fonction rénale insuffisante.

A l'appui de cette façon d'interpréter la genèse des accidents graves, par la rétention de produits toxiques, nous citerons encore les travaux que M. le professeur Bouchard entreprit en 1882, sur la toxicité des urines

des pneumoniques, les résultats que Lépine présenta à la Société de biologie (avril 1889), et les conclusions auxquelles Roger et Gaume (Société de biologie, avril, mai 1889) sont arrivés après plusieurs séries d'expériences :

1° Un individu sain élimine par 24 heures des matières toxiques en quantité suffisante pour tuer 24 à 28 kilogr. d'animal, tandis qu'avec les urines d'un pneumonique, on ne peut tuer que 5 à 15 kilogr. d'animal.

2° La toxicité des urines des pneumoniques, au moment de la défervescence, égale toujours, et dépasse le plus souvent, celle des urines d'individus sains.

3° La toxicité augmente à chaque défervescence, et diminue s'il survient une poussée nouvelle.

4° La toxicité peut augmenter, alors que la quantité d'urine reste la même.

5° La toxicité n'est pas en rapport avec la densité.

6° Il se fait au moment de la défervescence une véritable décharge d'urée et de chlorures.

7° Pour une même quantité d'urine, on trouve plus d'alcaloïdes dans les cas graves que dans les cas bénins.

De même que pour le malade atteint de cirrhose hépatique et intoxiqué par le fait de son insuffisance rénale, l'indication formelle est de rappeler la diurèse, de même chez nos malades, il résulte de cette étude de la pathogénie des accidents que tous les efforts de la thérapeutique doivent tendre à ce but : favoriser les

éliminations et soutenir le système nerveux et le cœur du malade par une médication tonique appropriée.

Si pour terminer ce chapitre nous réunissons les indications que nous a fournies l'étude des dangers qui proviennent d'une part de la localisation pulmonaire de la maladie, et d'autre part de l'intoxication, nous arrivons à ces conclusions :

1° *Prévenir l'insuffisance cardiaque ou la combattre quand elle est déclarée :*

- a) *En diminuant la gêne de la petite circulation.*
- b) *En favorisant l'expectoration.*

2° *Activer les sécrétions.*

3° *Tonifier le système nerveux et l'économie en général.*

DEUXIÈME PARTIE

De l'enveloppement prolongé dans le drap mouillé.

CHAPITRE VI

Avant-propos. Technique. Résultats immédiats.

Cette deuxième partie de notre travail sera courte, car nous sommes bien embarrassés au moment d'expliquer par de bonnes raisons physiologiques les effets utiles de l'enveloppement mouillé froid.

Cette médication hydrothérapique est des plus complexes dans ses effets, et c'est l'étude de toute la physiologie de la peau qu'il nous faudrait faire. Physiologie pathologique, car dans les maladies dont nous nous occupons, comme dans toutes les affections

fébriles, les fonctions cutanées sont troublées profondément, quelquefois même supprimées ; physiologie normale, pour montrer ce que l'économie perd à cette suppression ; physiologie expérimentale, car ce n'est que l'expérience de laboratoire qui permet de se rendre à peu près compte des effets physiologiques d'un procédé thérapeutique qui tout entier repose sur les excitations cutanées produites par le froid et par la chaleur. Et encore nous paraît-il difficile de conclure des résultats constatés chez des animaux en bon état de santé à l'identité de ceux obtenus chez l'homme malade.

Mais nous n'avons pas fait d'expériences, nous n'avons enveloppé ni chiens, ni lapins dans des draps mouillés, pour nous rendre compte des modifications produites dans leurs différentes fonctions. Nous n'avons fait qu'examiner nos malades avant et après les enveloppements et encore avec le plus de ménagements possible, pour ne pas les fatiguer et surtout pour éviter de leur faire penser que nous pouvions les traiter ainsi dans un but expérimental et non dans le seul but de leur rendre service.

Nous allons dire ce que nous avons vu et si nos explications sans prétention, sont jugées insuffisantes, nous en appellerons pour défendre un procédé qui peut rendre des services, aux bons résultats obtenus. Et c'est encore là, quand il s'agit de thérapeutique, le meilleur des arguments.

Technique. — On étend sur le lit où doit avoir lieu l'enveloppement, une toile cirée, puis une couverture de laine sur laquelle on étale le drap mouillé ; ce drap a été trempé dans de l'eau à une température d'environ 15 degrés centigrades et assez fortement exprimé pour qu'il ne contienne pas trop de liquide.

Le malade, complètement déshabillé, s'allonge rapidement sur le drap mouillé, ou mieux, s'il se trouve là quelqu'un assez fort pour le porter, il est placé sur le lit tout étendu, ce qui supprime de sa part toute hésitation et permet d'agir vite. Immédiatement, on ramène en avant les parties latérales du drap et on a soin de le faire pénétrer entre les bras et la poitrine et entre les jambes pour que le contact soit le plus étendu possible.

Pourtant, tout en s'attachant à bien faire appliquer le drap mouillé, il faut prendre garde de le trop serrer, car après un temps plus ou moins long, l'immobilité et la chaleur rendent la moindre constriction par le linge très désagréable. Le mieux est donc que le malade soit enveloppé les jambes étant à quelques centimètres les unes des autres et les bras naturellement placés à côté de la poitrine.

On replie alors au devant du malade la couverture de laine, ramenant un des côtés d'abord que l'on borde sous l'épaule, puis tout le long du malade en le soulevant quelque peu : l'autre côté de la couverture est ramené de même, disposé autour du cou jusqu'au menton de façon à bien fermer sans serrer toutefois, puis bordé sous tout le côté du malade.

L'extrémité de la couverture est repliée sur les pieds. Le malade, ainsi empaqueté, est recouvert d'un ou deux édredons et on recouvre le tout d'une alèze qui monte bien jusqu'au menton et qui permet au malade de cracher devant lui. Précaution nécessaire puisqu'il ne peut sortir les bras pour prendre un crachoir. On a bien soin que la tête soit relevée dans une bonne position.

Aussitôt l'enveloppement terminé, on fait boire aux malades un verre de café chaud, ou tout autre boisson tonique, thé, grogs, etc.

Pendant l'enveloppement. — On pourrait décrire trois phases dans la succession des phénomènes auxquels donne lieu l'enveloppement prolongé dans un drap mouillé froid, et étudier : 1° l'action du froid ; 2° le réchauffement ; 3° l'action de la chaleur et ajouter les modifications qui surviennent dans les quelques heures qui suivent.

La première période, celle dans laquelle c'est le froid qui agit, est de courte durée. Le malade, allongé rapidement sur le drap mouillé, est tout d'abord saisi par la température inférieure du milieu dans lequel il se trouve plongé. Mais déjà dès ce début les phénomènes observés sont des plus variables. L'impression produite par cette brusque application du froid sur toute l'enveloppe cutanée est loin d'être toujours la même.

Désagréable dans quelques cas, elle est le plus souvent bien supportée. Et remarque curieuse qui nous a

plusieurs fois surpris : les malades qui se plaignaient le plus de la sensation froide qu'ils éprouvaient, étaient ceux qui présentaient les températures les moins élevées. La sensation ne fut jamais désagréable, quelquefois même elle procura un vif plaisir à ceux dont la peau était sèche et la température plus élevée.

La respiration, sous l'influence de cette brusque sensation de froid est modifiée de diverses façons, tantôt le malade éprouve une oppression assez vive qui se manifeste soit par une accélération des mouvements respiratoires, soit par leur presque cessation, d'autres fois et surtout quand la sensation n'est pas pénible, les mouvements respiratoires sont ralentis et plus profonds, — souvent surviennent quelques quintes de toux.

Le cœur est en général influencé de la même façon par ce début brusque, c'est d'abord une accélération, rarement une diminution du nombre des battements.

A ces modifications de la respiration et du rythme cardiaque s'ajoutent quelquefois des frissons, quelques légers tremblements, mais la plupart des malades n'en éprouvent pas.

La durée de cette période aiguë de l'action du froid est extrêmement courte, et les malades se trouvent bientôt très à leur aise, préférant à leur lit le milieu frais qui les entoure. Dans le bain froid, la sensation pénible se prolonge, car les mouvements renouvellent sans cesse la couche de liquide en contact avec le corps.

A cette phase froide de l'enveloppement, succède

une période de réchauffement qui se fait plus ou moins vite, suivant la quantité, la température de l'eau laissée dans le drap mouillé et suivant la température du malade. Aussi y a-t-il là une première remarque à faire au point de vue pratique. Si la température du malade est peu élevée, s'il faut éviter de soustraire de la chaleur, il faut employer le drap mouillé simple et bien exprimé, de façon à mettre peu d'eau en contact avec la surface du corps; l'impression froide désirée, l'excitation sera la même, mais il y aura fort peu de réfrigération et la réaction et le réchauffement seront assurés. C'est ainsi que nous avons procédé pour les malades de nos observations II et V qui, dans un état d'adynamie assez prononcé, présentaient des températures relativement basses. Le drap était très fortement exprimé, il avait encore la température de l'eau froide, mais il contenait fort peu de liquide. Grâce à cette précaution, les craintes d'une réfrigération trop intense, désastreuse pour ces malades, étaient écartées et la réaction paraissait rapidement.

La température du malade est-elle très élevée au contraire, on est certain du réchauffement dans ce cas; aussi, pour éviter qu'il se fasse trop vite, pour prolonger un peu la période froide de l'enveloppement, on doit laisser dans le drap mouillé une quantité d'eau plus considérable, ou bien encore se servir d'un grand drap plié en plusieurs doubles, ou de plusieurs draps juxtaposés.

Pendant cette période de réchauffement, les malades se sentent très bien : ils sont plus calmes s'ils étaient

agités ; les déprimés, au contraire, semblent se réveiller. Singulière contradiction à laquelle la physiologie thérapeutique nous habitue, car les exemples sont fréquents d'agents qui, employés dans les buts les plus opposés, tantôt pour calmer, tantôt pour exciter, réussissent dans les deux cas.

Les malades s'endorment souvent à cette période du traitement, et dans la majorité des cas, au moment où ils viennent à l'hôpital, il y a plusieurs jours qu'ils sont privés de sommeil.

Puis la mince couche d'eau contenue dans le drap mouillé s'échauffe de plus en plus et il arrive un moment où sa température et celle de la surface du corps sont en équilibre.

C'est alors la troisième période qui commence pendant laquelle c'est la chaleur humide qui agit. L'explication du phénomène est facile à saisir. Grâce aux couvertures de laine, mauvais conducteurs de la chaleur, qui entourent le drap et la faible quantité d'eau qu'il contient, il se fait une très minime déperdition de calorique, la chaleur s'accumule, la température périphérique primitivement abaissée remonte et, en général, après 30 ou 40 minutes, on voit la sueur perler sur le front du malade, preuve irrécusable que la circulation et la sécrétion cutanées sont en pleine activité. Bien peu de malades ont résisté à cette action sudorifique de l'enveloppement, et ceux qui s'étaient montrés réfractaires ont toujours transpiré abondamment dans les heures qui ont suivi.

On pourrait croire que l'immobilité, dans ce bain de

vapeur étroit, est péniblement supporté par les malades, qu'ils réclament la cessation du traitement avant le terme fixé. Il n'en est rien. Nous sommes restés près des vingt-deux malades dont nous publions les observations, et bien peu se sont plaints de la durée du traitement.

La plupart même étaient très satisfaits, car, pendant cette période, ils commençaient à s'apercevoir que, sous l'action de la forte chaleur, les douleurs dont ils se plaignaient étaient très diminuées. En effet, la toux reparait souvent alors, mais tandis qu'avant l'enveloppement elle était rendue extrêmement pénible par les douleurs quelquefois atroces que chaque saccade provoquait dans le côté, à ce moment elle est plus facile, bien moins douloureuse, quelquefois indolore, et plusieurs malades, surpris de ce soulagement rapide, sont allés au devant de nos questions, nous annonçant cet agréable résultat.

En même temps les douleurs de tête, la courbature générale, les douleurs dans les bras et dans les jambes diminuent d'intensité d'une façon remarquable.

De cette suppression du point de côté résulte une diminution de l'oppression, une dyspnée moins vive ; les mouvements respiratoires sont plus amples, moins fréquents et l'hématose doit être plus complète.

Le terme de l'enveloppement arrivé, on sèche les malades dans une alèze chaude, dans laquelle on les laisse enveloppés, car la transpiration se continue profuse pendant plus ou moins longtemps, si abondante quelquefois qu'il faut les changer trois ou quatre fois de linge.

RESULTATS IMMEDIATS

Si nous résumons les résultats généraux que nous avons, dans presque tous les cas, constatés après l'enveloppement et dans les quelques heures qui suivent, nous voyons :

D'abord, et surtout, une sensation de bien-être considérable qui a rarement fait défaut, résultant de la diminution, quelquefois même de la disparition de tous les symptômes douloureux : céphalalgie, point de côté, courbature ;

Des modifications de la respiration qui se traduisent le plus souvent par une diminution du nombre des mouvements respiratoires, toujours par une augmentation de leur amplitude ;

Une expectoration plus ou moins abondante qui n'est pas constante, bien qu'elle soit fréquente ;

Une sudation abondante pendant, et surtout après l'enveloppement ;

Des modifications du pouls très irrégulières, dont les plus fréquentes se présentent dans cette succession, une accélération de très courte durée au début, puis une diminution du nombre des pulsations pendant la période de réchauffement, puis une nouvelle accélération sous l'influence de la chaleur. Rarement nous avons eu une diminution aussitôt après l'enveloppement, mais elle est fréquente dans les heures suivantes ;

Des modifications du système nerveux dont témoignent l'aspect du malade plus éveillé, la disparition de l'agitation, du délire et des douleurs, la sensation de bien-être qu'éprouve le malade, et le sommeil qui tarde rarement à paraître ;

Des modifications de la température, variables quant aux résultats immédiats, rarement abaissement, souvent ascension de quelques dixièmes, mais toujours une descente marquée dans les heures qui suivent ;

Des modifications de la sécrétion rénale, peu marquées dans la journée même, car les malades ont trop transpiré pour uriner beaucoup (et encore quelques-uns ont-ils uriné jusqu'à un tiers de litre aussitôt après l'enveloppement), mais caractérisées dès le lendemain par une augmentation de la quantité d'urine et des matières excrétées ;

Des modifications du tube digestif, car la langue plus ou moins sèche et saburrale avant, est toujours plus humide après ;

Une congestion périphérique considérable qui se traduit par la rougeur des téguments.

CHAPITRE VII

Action de l'enveloppement prolongé dans le drap mouillé.

COMMENT LES INDICATIONS SONT REMPLIES

Action de l'enveloppement prolongé dans le drap mouillé.

Si maintenant, après avoir examiné rapidement la série des phénomènes qui se produisent d'une façon évidente, tangible, pendant la durée de l'enveloppement et avoir constaté un commencement d'amélioration dans l'état général, si nous cherchons à nous rendre compte du mécanisme physiologique de ces modifications, nous voyons qu'il réside tout entier dans l'ensemble des différents réflexes que provoque l'excitation de la peau. Nous voyons que tous ces changements qui surviennent dans le fonctionnement des organes profonds et superficiels sont des actes

réflexes provoqués par les actions successives du froid et de la chaleur sur l'enveloppe cutanée.

Il nous faudrait donc analyser successivement quels sont les actes réflexes que provoquent dans le domaine de la circulation, de la respiration, des sécrétions, les excitations de la peau par l'eau froide et par la chaleur humide. Mais ces travaux seraient trop au-dessus de nos forces et nous nous sommes contentés de parcourir quelques-uns des nombreux ouvrages, où ces questions de physiologie sont étudiées en détail; nous avons lu avec grand soin la savante thèse d'agrégation de M. Joffroy (1) et nous y avons vu à quels résultats souvent contradictoires les travaux des physiologistes les plus éminents aboutissaient.

Nous allons pourtant essayer, en disant quels sont tous ces actes réflexes, mais non pourquoi ils se produisent, d'expliquer comment l'enveloppement prolongé dans le drap mouillé fait face aux indications que nous avons formulées dans un chapitre précédent.

1°. *Il diminue la gêne qui résulte pour le cœur de la localisation pulmonaire de la maladie :*

A) *En modifiant la circulation pulmonaire dont il diminue la pression.*

B) *En facilitant l'expectoration.*

A) Ce résultat tient à l'action qu'exerce l'enveloppement sur la circulation générale; sur la respiration; et sur la sécrétion sudorale.

(1) Joffroy. *De l'influence des excitations cutanées sur la circulation et la calorification*. Th. agrégation, 1878.

Action sur la circulation générale.

Tout d'abord lorsque le malade est mis en contact avec le drap mouillé, sous l'influence du froid il se produit une anémie périphérique due à l'excitation des nerfs vaso-constricteurs des capillaires cutanés, anémie caractérisée par la décoloration subite des téguments. Par contre-coup il se produit en même temps une congestion des organes centraux par refoulement du sang de la périphérie vers les parties profondes.

Puis, un phénomène inverse se produit, sous l'influence du réchauffement, l'équilibre vasculaire se rétablit un moment, et la chaleur augmentant, les nerfs vaso-constricteurs se paralysent, les vaso-dilatateurs agissent et les vaisseaux capillaires périphériques se dilatent de plus en plus, constituant alors un territoire vasculaire bien plus considérable que primitivement. Ce va et vient de la masse sanguine, chassée brusquement de la périphérie, puis rappelée, est le type du phénomène réactionnel, de la révulsion par congestion.

Il est aisé de comprendre que cette augmentation considérable de la circulation périphérique, que cet appel de sang par une sorte de choc en retour, diminue la quantité de celui qui se trouve dans les organes centraux et que, en particulier, la pression dans la circulation pulmonaire doit être réduite.

Action sur la respiration.

Les excitations vives du froid et de la chaleur ont une influence incontestable sur la production des mouvements respiratoires et sur leur amplitude.

Les physidogistes ont montré depuis longtemps la part qui revient, dans la genèse des phénomènes mécaniques de la respiration, à la mise en jeu du centre respiratoire, du nœud vital de Flourens, par les excitations produites sur les terminaisons nerveuses de la surface cutanée.

De nombreux faits le prouvent et nous ne rappellerons pas cette expérience connue de tous, qui consiste à recouvrir la peau d'un animal d'un enduit imperméable, de façon à supprimer les excitations cutanées, et consécutivement à ralentir, affaiblir et quelquefois même arrêter les mouvements respiratoires.

D'autres preuves, ce sont ces pratiques médicales devenues tout à fait vulgaires : tel ce procédé par lequel on augmente chez le nouveau-né qui respire mal, les mouvements respiratoires en le plongeant alternativement dans l'eau froide et dans l'eau chaude un peu sinapisée ; telles sont encore les frictions, les affusions froides, les cautérisations, moyens plus énergiques qui parviennent parfois à rappeler les noyés à la vie.

Un autre effet de l'enveloppement contribue à l'augmentation de l'amplitude des inspirations, c'est la sup-

pression, ou tout au moins la diminution, du point de côté.

L'amplitude des mouvements consécutive à ces deux modes d'action augmente le déplissement pulmonaire, augmente par suite la surface vasculaire des alvéoles, et la petite circulation, se trouvant ainsi moins à l'étroit, est par cela-même facilitée.

Par là encore le cœur est soulagé.

Action sur la sécrétion sudorale.

Ce n'est pas tout encore, un troisième élément intervient : c'est la sécrétion sudorale. On ne peut nier que cette sécrétion soit abondante, nous y reviendrons d'ailleurs tout à l'heure. Or cette perte de liquide, cette saignée sereuse pour ainsi dire, diminue la masse sanguine : d'où encore une diminution de pression.

B. Enfin si on ajoute l'influence exercée sur l'expectoration qui est rendue plus facile par la suppression de la douleur, par la contraction réflexe des petits muscles bronchiques, et surtout par l'augmentation de la perspiration pulmonaire qui liquéfie l'exsudat, nous aurons montré comment par cette quadruple influence sur la circulation générale, sur la respiration, sur la sécrétion sudorale, sur l'expectoration, l'enveloppement prolongé dans le drap mouillé remplit notre première indication : soulager le cœur, prévenir la parésie cardiaque.

Nos indications fournies par l'étude des symptômes généraux graves et de leur pathogénie étaient :

- 1° *Tonifier le système nerveux.*
- 2° *Favoriser les éliminations par l'augmentation des sécrétions.*

1° L'action de l'enveloppement dans le drap mouillé sur le *système nerveux* ressort de toutes nos observations et de tout ce que nous avons dit jusqu'à présent ; tous les effets du procédé sont dus à son action sur le système nerveux.

Action complexe qui se produit : par voie réflexe, par décongestion, par désintoxication.

Longtemps on n'accorda au bain froid que le seul pouvoir d'opérer une soustraction de calorique, et c'était la température qui était le seul guide de l'intervention balnéaire. Mais aujourd'hui sachant que les phénomènes ataxiques ou adynamiques ne sont pas la plupart du temps en rapport avec l'élévation de la température, l'action du froid, en dehors de la réfrigération, est à l'abri de toute contestation.

C'est ce que M. le professeur Peter disait déjà en 1877 : « On ne saurait trouver l'explication des résultats du bain froid dans son action antithermique seule ; il faut la chercher dans le coup de fouet qu'il donne au système nerveux. Le bain froid agit beaucoup moins comme antithermique que comme révulsif. »

Et c'est précisément par ce fait que le bain froid n'agit dans la grande majorité des cas que comme révulsif, que l'emploi de l'enveloppement dans le drap mouillé, — qui, s'il utilise au début le pouvoir stimu-

lant du froid, repose surtout sur l'action de la chaleur, — paraît donner d'aussi bons résultats.

Nous avons parlé à plusieurs reprises de son action sur les symptômes douloureux. Les phénomènes nerveux ne sont pas moins modifiés. Sous son influence, la prostration et la stupeur disparaissent, l'agitation, le délire cessent, la physionomie perd son air indifférent et nous pouvons dire aussi, suivant l'heureuse expression appliquée par M. Juhel-Renoy au malade mis dans le bain froid : « Le malade redevient vivant. »

Il est impossible de donner une explication directe de cette action réflexe ; mais il nous semble pourtant que l'énergique congestion périphérique et l'anémie consécutive des organes profonds et des centres nerveux en particulier n'y sont pas étrangères.

C'est à cette anémie relative des centres nerveux et à la sédation consécutive, que Winternitz rapporte le calme et le sommeil qui surviennent quelque temps après. Cette anémie, cause du sommeil, a du reste été constatée expérimentalement par Schüller, cité par Winternitz. Sur des animaux qu'il plaçait dans un drap mouillé, cet auteur a remarqué que les vaisseaux de la pie-mère se rétrécissaient ; le cerveau paraissait diminué de volume et ses pulsations devenaient moins accusées ; la sensibilité de l'animal aux excitants était atténuée, et il paraissait dormir.

Mais le système nerveux tient sous sa dépendance toutes les fonctions de l'organisme, et cette excitation d'une part, cette décongestion d'autre part, pro-

duites par un agent physique, froid ou calorique, ne seraient pas suffisantes pour expliquer l'amélioration générale qui suit l'enveloppement et persiste plus ou moins longtemps. C'est alors qu'intervient le rôle des sécrétions, et que par les éliminations qu'il provoque, l'enveloppement prolongé modifie le milieu sanguin et diminue l'intoxication du système nerveux.

Action sur les sécrétions.

A ce point de vue, nous avons à examiner l'action de l'enveloppement dans le drap mouillé sur les fonctions cutanées et sur la fonction rénale.

Action sur les fonctions cutanées.

Nous avons déjà parlé des effets produits par l'excitation de la peau considérée comme point de départ du réflexe respiratoire; nous avons signalé l'augmentation de sa circulation et la congestion intense qui résultent de l'application successive du froid et de la chaleur.

Il nous reste à envisager l'influence de l'enveloppement sur l'excrétion et la perspiration cutanées.

Sans vouloir faire jouer aux modifications qui peuvent survenir dans les fonctions cutanées le rôle pathogénique que certains auteurs leur ont attribué, il est certain que dans les affections fébriles et dans celles dont nous nous occupons, ces fonctions sont

profondément troublées, et il est probable que, ajoutée à la cause première de la maladie, cette suppression fonctionnelle doit avoir une influence importante sur le mauvais état de l'économie.

Car la peau, à l'état normal, jouit d'une propriété remarquable qui lui permet d'être considérée comme un organe supplémentaire du poumon. La peau livre passage à des gaz qui la traversent avec plus ou moins de facilité. Elle absorbe de l'oxygène comme le poumon, comme lui, elle laisse exhaler de l'acide carbonique : elle concourt dans une certaine mesure au phénomène de la respiration.

Examinée à un autre point de vue, la peau nous apparaît avec ses fonctions sécrétoires si développées comme agissant parallèlement à l'appareil urinaire. L'analogie des deux fonctions ressort de l'analyse quantitative et qualitative des produits excrétés, elle ressort encore du fait de la compensation qui peut s'établir entre l'excrétion cutanée et la sécrétion rénale.

Donc, l'enveloppement prolongé dans le drap mouillé en agissant sur la peau de façon à réveiller ces fonctions, à les exagérer même par les modifications physiques qu'il amène d'une part et par l'excitation réflexe des vaso-sécréteurs d'autre part, rend service à l'économie.

Nous savons bien que les analyses de la sueur n'y ont pas montré une quantité suffisante de matières fixes pour qu'il nous soit permis de dire que l'excrétion sudorale peut remplacer jusqu'à un certain point

la fonction rénale, on ne nous refusera pas toutefois qu'elle en soit un puissant adjuvant. Et d'ailleurs ces analyses chimiques négatives ne prouvent peut-être pas grand'chose, et est-ce dans l'ensemble des matières qui leur échappent qu'il faut chercher les substances toxiques que peut éliminer la sueur. D'ailleurs, n'en fut-il pas ainsi longtemps pour l'urine : on en a multiplié à l'infini les analyses, et, malgré les nombreuses substances qu'on y a successivement découvertes, on s'est longtemps demandé d'où pouvait venir sa toxicité.

Mais l'abondante sécrétion de sueur n'agirait-elle que comme une simple saignée séreuse pour diminuer la pression du sang, que ce serait encore un résultat utile.

Action sur la fonction rénale.

L'influence de l'enveloppement dans le drap mouillé sur la sécrétion urinaire a toujours été favorable, quelquefois elle s'est manifestée immédiatement et plusieurs malades ont, dans les heures qui suivirent, malgré une transpiration abondante, éliminé des quantités d'urine relativement élevées.

Mais c'est à partir du lendemain seulement que l'augmentation est notable, et si l'on veut bien se reporter à nos observations, on verra que dès ce jour les urines rendues n'étaient pas loin de la quantité normale.

Quant à la qualité, elle s'est toujours trouvée modifiée. Chez les malades, dont l'urine avant l'enveloppement contenait de l'albumine, nous avons toujours vu au plus tard le surlendemain cette albumine disparaître.

Quant aux matières extractives, elles augmentent d'une façon considérable, et, dans les quelques cas où nous avons fait des dosages d'urée, nous avons toujours constaté, consécutivement à l'enveloppement, une augmentation du chiffre d'urée par 24 heures. Ce n'est pas qu'il faille attacher une grande importance à cette quantité d'urée, pour l'urée elle-même : on sait qu'elle n'est pas toxique ; mais c'est que l'urée est le terme ultime de l'oxydation des produits directs de désassimilation, et ceux-là sont toxiques. Cette augmentation considérable de l'urée est importante, car elle signifie que, sous l'influence d'une respiration et d'une circulation améliorées, les oxydations se font mieux et que la quantité des produits toxiques en liberté diminue.

Certes, il eut été d'un haut intérêt de rechercher, avant et après chaque enveloppement la toxicité relative, de l'urine de nos malades selon la méthode établie par M. le professeur Bouchard et de voir, si à chaque amélioration, correspondait une augmentation de cette toxicité. Les moyens dont nous disposions ne nous ont pas permis de le faire.

La diminution de l'albumine, l'augmentation des éliminations montrent déjà l'influence favorable du traitement sur la fonction rénale.

CHAPITRE VIII

Action sur la température.

Nous ne nous sommes pas jusqu'à présent occupé de l'action de l'enveloppement sur la température des malades. Cela peut surprendre car c'est en général cet élément, mesuré par le thermomètre, qui décide de l'emploi des bains froids dans les services où ils sont utilisés. On prend la température des malades souvent et dès qu'elle atteint 39° on donne un bain. Elle descend d'un degré, un degré et demi, puis, quand elle remonte au chiffre primitif, on donne un autre bain.

Mais tandis que sous l'influence du bain froid la température immédiatement abaissée, reprend en moins de deux heures son élévation initiale, l'effet est tout autre avec le procédé de M. le docteur Rendu : les malades dont la température s'est trouvée abaissée aussitôt après l'enveloppement sont les exceptions ; au contraire, dans les heures suivantes, il s'est toujours produit une rémission marquée et durable. Aussi ne fut-il jamais besoin de pratiquer deux enveloppements dans la même journée.

La différence ne nous semble pas trop difficile à expliquer.

L'action antithermique du bain froid provient de deux éléments; c'est d'abord l'action de réfrigération directe. L'eau froide au contact du corps chaud lui prend une certaine quantité de calorique, suivant la loi physique du mélange des corps à des températures différentes; mais la peau, en vertu de son pouvoir régulateur de la chaleur, se défend et la quantité de calorique ainsi soustraite est peu importante. Puis la réaction se produit et c'est alors par les modifications du système nerveux et par celles apportées dans les fonctions de la peau, que la température s'abaisse encore.

Mais les fonctions de la peau sont peu modifiées par le bain froid et le bénéfice de l'intervention dure peu.

Après l'enveloppement dans le drap mouillé, nous avons presque chaque fois constaté une élévation de la température axillaire. Mais il est certain que pendant l'enveloppement le malade avait déjà perdu une quantité plus ou moins considérable de calorique, car il avait non seulement échauffé les différents milieux au contact desquels il se trouvait, mais encore une partie du liquide contenu dans le drap avait été transformé en vapeur; ce qui nécessite une quantité notable de chaleur. Mais c'est là sa plus minime influence.

La cause la plus importante de la déperdition de chaleur, c'est la sudation. C'est le moyen le plus puissant dont dispose l'économie pour se débarrasser d'un excès de chaleur produit soit par un exercice un peu

violent, soit par un effort musculaire prolongé. La température du corps s'élève, la sudation s'établit, et l'évaporation de la sueur, qui nécessite une quantité considérable de calorique, régularise la calorification de l'économie.

Cette fonction si importante de la peau est troublée dans les maladies fébriles, et la température, accrue par les phénomènes morbides, reste d'autant plus élevée que cette déperdition de chaleur est impossible.

Dans l'enveloppement prolongé, la chaleur succédant à l'impression froide du début, semble avoir une action efficace sur cette fonction cutanée. Après l'enveloppement la peau est toujours hyperémiee, rouge, chaude et humide, elle a repris sa souplesse, elle est nettoyée et débarrassée des couches épidermiques desséchées qui devaient nuire à son bon fonctionnement, et pendant les heures qui suivent, la sécrétion sudorale est toujours très abondante.

Et de cette transpiration normale, pour ainsi dire, qu'a provoquée l'enveloppement prolongé, il résulte un abaissement de température. Et cette chute de température est préférable à celle que produit le froid employé seul, puisqu'elle est plus durable et qu'elle résulte du rétablissement de fonctions physiologiques que l'économie utilise à l'état normal dans le même but. C'est le malade lui-même qui a dépensé une partie de sa chaleur, ou ne la lui a pas prise.

CHAPITRE IX

Indications et contre-indications.

Il nous est difficile d'établir d'une façon bien nette les indications et les contre-indications de l'enveloppement prolongé dans le drap mouillé, car, depuis que nous sommes dans son service, M. le docteur Rendu a utilisé ce procédé dans tous les cas qui se sont présentés : pneumonies aiguës ou bâtarde, congestions intenses, fluxions de poitrine, etc., faisant seulement varier les autres éléments du traitement avec les indications spéciales présentées par chaque malade.

Peut-être y a-t-il une contre-indication dans l'âge du malade, dans l'athérome très prononcé des vaisseaux, dans l'affaiblissement considérable du muscle cardiaque ? Y a-t-il à craindre des accidents cérébraux sous l'influence de la congestion brusque provoquée par l'action du froid ? Peut-être, mais la crainte est moindre et la contre-indication est moins nette que lorsqu'il s'agit de plonger un malade dans l'eau froide, car l'action du froid dans l'enveloppement est de très

courte durée. Et n'avons-nous pas l'observation de cet homme de 67 ans, qui, avec ses $39^{\circ} 4$ et un pouls irrégulier battant 140 pulsations à la minute, sembla renaître sous l'influence du traitement.

Nous avons vu que la présence de l'albumine dans l'urine n'était pas une contre-indication, puisque chaque fois elle a disparu très rapidement. Et l'on peut voir même, dans nos observations, une malade, albuminurique depuis un temps indéterminé, qui, traitée par les enveloppements prolongés à l'occasion d'une pneumonie grave, guérit de sa pneumonie, et vit diminuer son albuminurie.

Pour ce qui est des indications du procédé, nous voyons qu'en général tous les malades s'en trouvent bien. Il est pourtant des cas où l'enveloppement prolongé semble tout particulièrement indiqué. Et c'est précisément lorsqu'en face d'une adynamie profonde, d'un cœur très fatigué, d'une température peu élevée, le bain froid se trouve contre-indiqué : car on ne peut alors lui demander de stimuler un organisme qui semble incapable de réagir.

L'enveloppement a l'action stimulante du bain froid et il possède en plus la propriété d'aider le malade à faire sa réaction.

Aussi, dans le cas dont nous parlons, semble-t-il donner de très bons résultats.

Ainsi les deux malades qui font l'objet de nos observations (II, V), âgés l'un de 65 ans, l'autre de 61 ans, atteints tous deux d'une pneumonie du sommet, présentaient des températures de 37° et $37^{\circ} 4$

avant l'enveloppement, ils étaient tous deux dans un état adynamique très prononcé, ils étaient très gravement malades, débilités antérieurement par un mauvais état des voies digestives : le bain froid eût été contre-indiqué ; M. Rendu n'hésita pas à les mettre dans le drap mouillé, et après deux heures d'enveloppement, sous l'influence d'une révulsion énergique, les deux malades avaient changé d'aspect.

La température dans les deux cas avait subi une ascension de plus d'un degré, elle ne redescendit à son point initial que le lendemain matin en même temps que reparaissaient les symptômes graves. On renouvela l'enveloppement, et les deux vieillards guérirent après ces deux séances.

Il est indiqué lorsqu'on se trouve en présence de malades très affaiblis, de les tonifier avant et pendant l'enveloppement en leur faisant boire des grogs, du thé, du café, etc., quelquefois même par des piqûres d'éther.

Chez ces malades très affaiblis dont nous venons de parler, il faut avoir soin de ne laisser que peu d'eau froide dans le drap mouillé, assez pour produire une excitation froide, pas assez pour leur prendre beaucoup de chaleur.

Le drap contiendra plus d'eau au contraire lorsque le malade à envelopper présentera une température élevée, si même il y a hyperthermie, il y a intérêt à mouiller plusieurs fois le drap, avec une éponge trempée dans un seau d'eau froide, lorsque le réchauffement est complet, c'est-à-dire après 10 minutes ou un quart d'heure.

En un mot, l'application du procédé doit varier avec les malades suivant les différentes indications qu'ils présentent.

Et lorsqu'après une application opportune de l'enveloppement prolongé dans le drap mouillé on aura modifié favorablement l'état général, alors on pourra compléter efficacement le traitement par une alimentation lactée que nos malades ont tous bien supportée, et par une médication tonique dont l'alcool est toujours l'agent le plus efficace.

Tels sont dans leur ensemble les résultats que donne l'enveloppement prolongé dans le drap mouillé et l'interprétation qu'à l'aide d'éléments empruntés à différents auteurs nous avons cru pouvoir donner de son mode d'action.

Nous ne parlerons pas des résultats généraux, il est inutile de faire ressortir que sur vingt-deux malades traités il n'y a eu que deux morts. Et encore l'un de ces deux malades n'a-t-il pas eu le temps d'être traité.

Nous avons pu, d'ailleurs, dans la thèse d'agrégation (1880) de M. le docteur Hanot, nous rendre compte que les statistiques ne prouvaient rien. Nous y avons trouvé un ensemble de celles qui avaient été publiées jusqu'à cette époque sur les différents traitements de la pneumonie et dans chacune d'elles nous avons trouvé des maxima et des minima qui rendent toute comparaison impossible.

Quant à l'influence de ce traitement sur la marche de la maladie, nous ne croyons pas qu'il en abrège

la durée, nous avons vu dans la plupart des cas la défervescence se faire entre le 7^e et le 9^e jour; mais nous sommes convaincus qu'il en rend l'évolution moins pénible pour les malades et qu'il les met dans les meilleures conditions possibles pour attendre la cessation de la lutte engagée entre l'infection et l'économie.

OBSERVATIONS

Nous avons recueilli les vingt-deux observations qui suivent dans le service de M. le docteur Rendu, à l'hôpital Necker, dans les salles Chauffard (hommes) et Delpech (femmes). Tous nos camarades du service, les externes et les stagiaires nous ont aidé dans notre travail, nous les remercions vivement de leur complaisante collaboration.

OBSERVATION I

Pneumonie de la base du poumon gauche; Guérison.

La nommée R... Françoise, 54 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital Necker dans le service de M. le docteur Rendu le 28 février 1892.

Antécédents héréditaires. Nuls.

Antécédents personnels. Pas de maladie antérieure. Bonne santé habituelle. Dix-sept grossesses à terme. Quinze enfants vivants.

Depuis un mois elle n'est plus tout à fait dans son état normal. Son appétit a diminué d'abord, elle avait le sommeil pénible traversé par des cauchemars professionnels. Puis était apparue une douleur du côté gauche de la poitrine, pas très vive mais assez pour rendre la toux pénible. Vers le 20 février, à cet état

Turbiau.

de malaise s'était ajoutée de la diarrhée. Le 23 et le 24 elle vomit plusieurs fois.

Pourtant le 25 février elle se rendit encore au lavoir dans la matinée, lorsque rentrant chez elle vers midi, après avoir travaillé, elle fut prise d'un frisson violent qui dura plusieurs heures, pendant lesquelles elle éprouva alternativement des sensations de froid et de chaleur très désagréables. — Le point de côté, subaigu depuis plusieurs jours, augmente alors d'intensité au point que la toux est extrêmement douloureuse et que la malade ose à peine respirer. — Deux fois dans l'après-midi elle vomit. Elle se couche et le médecin du bureau de bienfaisance qui la voit le dimanche l'envoie le soir même à l'hôpital.

26 février. La température le matin est de 37° 5.

La malade agitée, les pommettes rouges, se plaint surtout de ne pouvoir respirer par la vive douleur que provoque chaque inspiration. Ce point de côté n'est pas limité à la région mammaire, il s'étend en arrière vers la pointe de l'omoplate et se ressent à la toux jusque dans l'épaule. — La langue est sale, la diarrhée persiste depuis plus de huit jours.

Examen de la poitrine. La percussion très douloureuse à gauche dénote une légère submatité à la base gauche en arrière. — A l'auscultation on entend peu de chose, quelques frottements et quelques râles fins qui font penser à une pleurésie sèche avec congestion pulmonaire corticale.

Le soir, l'agitation a augmenté, la face très congestionnée, la malade remue sans cesse dans son lit.

La température est à 39° 8 en ascension de 2° 3 sur celle du matin.

On applique six ventouses scarifiées à la base gauche en arrière.

29 février. La nuit a été très mauvaise, la malade a eu du délire et a empêché les voisins de dormir.

Température le matin 40°. Pouls 120. Respiration 39.

Examen local. Matité, souffle et râles sous-crépitaux fins dans les 2/3 inférieurs du côté gauche de la poitrine en arrière.

Expectoration peu abondante, visqueuse, couleur abricot.

Le matin la malade est encore très agitée.

La peau est sèche et brûlante.

La langue est sèche et tremblotante.

L'urine recueillie en très petite quantité, car la malade a encore la diarrhée. ne contient pas d'albumine.

Enveloppement dans le drap mouillé. La malade est surprise très désagréablement par le froid, elle pousse des cris et injurie les infirmières pendant quelques minutes.

Puis la réaction se fait, la transpiration paraît à la face, la malade se calme et attend patiemment le moment où cessera l'enveloppement.

Résultats. La transpiration abondante qui se continue longtemps après. Langue humide. Diminution des douleurs de tête. Point de côté peu diminué au dire de la malade, pourtant la respiration est plus profonde, moins fréquente et doit être moins pénible. il n'y a plus que 30 respirations à la minute.

Expectoration très peu abondante.

Au sortir du drap mouillé :

La température est de..... 39° 4.

En baisse de 5 dixièmes.

Pouls..... 112

La transpiration se continue dans l'après-midi et le soir à 5 heures la T. 38° 5.

1^{er} mars. La nuit a été bien moins mauvaise que la précédente, pourtant l'agitation reparait un peu.

Le matin T. 39° 2. P. 120. R. 35, langue sèche, diarrhée semble arrêtée, pas de selle depuis l'enveloppement.

Urine un litre.

Etat local : il semble que la congestion est moindre, le souffle est plus doux, les râles sont plus volumineux, la toux est bien moins pénible. Expectoration très peu abondante.

2^o *Enveloppement.* Produit les mêmes effets qu'hier. Le saisissement est moindre pourtant et la malade est calme. La transpiration est facile. Salivation très abondante, expectoration facile

et plus copieuse. Le délire plus léger que la veille cesse. Le point de côté diminue notablement. La courbature générale disparaît.

Pouls, 110.

T. à 38°4 après l'enveloppement, en baisse sur celle du matin, remonte dans la soirée à 39°. Pas de délire.

2 mars. Nuit beaucoup plus calme. La malade a dormi plusieurs heures. Pas de délire. Langue humide. Diarrhée arrêtée. Peau chaude et humide.

T. le matin, 39°. Pouls, 110. R. 32.

Le poumon gauche respire mieux, le souffle s'efface, gros râles sous-crépitaux. On applique un grand sinapisme en arrière de la poitrine à gauche.

Expectoration moins congestive plus abondante. Urine un litre et demi.

T. le soir, 38°8.

3 mars. Etat général très satisfaisant. Bonne nuit. Sommeil.

Le matin, T., 38°6. Pouls, 110. R., 30.

Le souffle a disparu. Râles sous-crépitaux abondants.

T. le soir, 38°4.

4 mars. La défervescence se produit le matin du 9^e jour après le début des accidents pulmonaires aigus.

T. le matin, 37°5. Pouls, 100. R. 28.

Dans les jours suivants la convalescence s'établit rapidement. L'appétit revient et les signes d'auscultation vont s'atténuant progressivement; il persiste seulement un peu de pleurodynie qui cède à l'application de quelques sinapismes Rigollot.

Résumé. — Pneumonie de la base gauche en arrière. Mauvais état général antérieur avec diarrhée. Symptômes dominants, douleurs, agitation, oppression. Deux enveloppements calment les douleurs, suppriment le délire, diminuent l'oppression, arrêtent la diarrhée. Avant le premier enveloppement, la température était de 40°, le soir à 5 heures elle n'était plus que de 38°5.

OBSERVATION II

Pneumonie du sommet droit ; Guérison.

Le nommé Thénôt, âgé de 65 ans, entre à l'hôpital Necker dans le service de M. le docteur Rendu, le 13 mars 1892.

Antécédents héréditaires. Pas intéressants.

Antécédents personnels. Il tousse depuis très longtemps, surtout le matin et le soir. A part ça, très bonne santé habituelle. Pas d'éthylisme.

Depuis huit jours il était souffrant. Ce fut d'abord un malaise général, avec fatigue intense, perte progressive de l'appétit, puis diarrhée. Il travaillait pourtant encore, lorsque le 9 mars, après une journée de travail péniblement achevée, il éprouva un grand frisson, des douleurs de têtes violentes et un point de côté au niveau du mamelon droit.

Il prend le lit chez lui le 13 mars, et un médecin appelé ce jour, lui conseille aussitôt d'aller à l'hôpital ; il entre le soir.

14 mars. Insomnie absolue. Abattement. Pommettes rouges. Le malade se plaint de partout. Courbature douloureuse. Le point de côté violent encore, rend la toux très pénible et douloureuse, et gêne la respiration. L'expectoration assez abondante, muqueuse et aérée présente par places une légère teinte abricot.

Température le matin, 37°6.

Cette température n'est pas en rapport avec les signes fournis par l'examen de la poitrine. Dans toute l'étendue du poumon droit, on constate les signes d'une congestion surtout intense à la partie supérieure en arrière. Submatité de haut en bas et râles sous-crépitaux fins partout, plus abondants au sommet.

La langue est sale. Le malade a la diarrhée depuis une dizaine de jours

L'urine peu abondante, contient une petite quantité d'albumine.

Traitement. Thé au rhum.

Potion cordiale avec alcool, 30 gr.

Salicylate de bismuth, 4 gr.

T. le soir, 37°2.

15 mars. T. matin, 37°6. Après une mauvaise nuit, le malade les pommettes rouges, les yeux à demi fermés, la bouche ouverte, les lèvres sèches, les narines pulvérulentes, est dans un abattement profond. La langue est brune, sèche, croûteuse. Céphalalgie intense. Le point de côté qui persiste, rend la toux pénible, gêne la respiration, et l'expectoration peu abondante est plus colorée qu'hier. A l'auscultation, on trouve un foyer de râles crépitants sous la clavicule droite, un souffle dans l'aisselle et dans la fosse sus-épineuse. Partout, en arrière à droite, râles sous-crépitanes comme hier.

Diarrhée persiste. Urine, à peine un demi-litre, contient un peu d'albumine.

L'adynamie, la température peu élevée qui dénotent le peu de réaction du malade, font ajouter au traitement de la veille un enveloppement dans le drap mouillé.

Avant l'enveloppement :

A 11 heures, Température. 37°2.

Pouls. 98

Respiration . 26

Le malade est mis dans le drap mouillé à 11 heures. La sensation de froid est de très courte durée. A peine quelques frissons pendant qu'on ramène sur lui le drap mouillé, et aussitôt le malade se sent bien, trouvant déjà qu'il respire plus facilement.

A 11 heures 1/2, il commence à sentir la chaleur. La face est rouge, congestionnée, mais il n'y a pas de bourdonnements d'oreilles. Il boit une tasse de thé au rhum. Il se trouve très bien et accuse déjà après une demi-heure d'enveloppement, une diminution notable de la céphalalgie et du point de côté. A

11 heures 3/4, expectoration pas trop pénible de quelques crachats couleur abricot, et avant midi le malade s'endort. La transpiration est abondante, à chaque instant on lui essuie la figure. Midi un quart, il se réveille, boit encore et recommence à cracher, et de plus en plus, courant complètement l'alèze disposée tout exprès sur son lit. Le terme de l'enveloppement, une heure, arrive sans que le malade se soit plaint, tout au contraire. On le sèche en le frottant avec deux alèzes chaudes, dans lesquelles on le laisse enveloppé.

A peine sorti du drap mouillé, le malade urine plus d'un demi-litre. La transpiration continue abondante.

Observations aussitôt après l'enveloppement :

A 1 heure :

Température, 38°4. Ascension de 1°2.

Pouls, 106. Augmentation de 8 et plus fort.

Respiration, 28. Augmentation de 2 plus profondes.

Langue humide. Transpiration abondante. Expectoration abondante.

Symptômes douloureux : céphalalgie, courbature, point de côté, très diminués.

A 4 heures : T., 38°8. R., 31, en augmentation, mais le malade se sent mieux.

16 mars. La nuit a été bien meilleure que les précédentes. Abattement bien diminué. Le matin, T., 37°6, R., 29. P., 110. Urine, 1 litre 200 c. pour les 24 heures. Diarrhée arrêtée, langue peu sèche, pas de céphalalgie, point de côté très diminué, un peu de courbature lombaire.

Expectoration abondante, muqueuse, très aérée avec parties rouillées. Le poumon droit semble respirer mieux, toujours souffle intense et râles fins au sommet.

Mais dans la matinée la température remonte de 37°8 à 38°2. Le pouls plus rapide est plus faible à 120.

La langue sale et sèche ne permet pas au malade de parler.

Les crachats collent sur la langue et sont très difficilement expulsés.

La peau est sèche et le malade accuse une sensation de chaleur brûlante, il dit qu'il a de la fièvre.

2^e Enveloppement dans le drap mouillé à 1 heure 1/4 : Mêmes effets qu'hier. Respiration plus profonde. Pouls plus plein. Expectoration reparait plus abondante et beaucoup plus facile. La langue redevient humide. Le point de côté disparaît.

A 3 heures 1/2. La température est de 38°7, en ascension de cinq dixièmes, et pourtant le malade se sent bien mieux et n'éprouve plus la sensation de chaleur pénible qu'il accusait avant l'enveloppement. Il urine aussitôt après 300 c. c.

Le pouls est encore à 120, mais beaucoup plus fort. La respiration à 28. A 6 heures, la température tombe à 37°4.

17 mars. Nuit bonne. Le malade a bien dormi ; il a encore transpiré abondamment ; il n'est plus abattu du tout, il cause volontiers.

T., 37°8. P., 110. R., 28.

Langue un peu sale, mais humide. Expectoration abondante et purulente. Localement : le souffle est moins fort au sommet du poumon droit ; râles muqueux et sous-crépitants dans toute son étendue en arrière. Respiration bonne en avant.

Urine, 1 litre 150 c. c., ne contient plus d'albumine.

Traitement. Un grand cataplasme sinapisé, couvrant tout le côté droit de la poitrine en arrière.

Potion de Todd. 2 litres de lait.

Température le soir, 38°.

18 mars. Nuit bonne.

T. matin, 37°4. P., 100. R., 28.

Expectoration spumeuse abondante. Souffle plus doux et plus limité. Gros râles muqueux et sous-crépitants en arrière à droite.

Urine sédimenteuse, 2 litres 1/3.

Température le soir, 37°6.

19 mars. Bon état général.

Le matin, T., 37°. P., 100. R., 26.

Le soir, T., 37°6.

Souffle très diminué. Gros râles muqueux.

La diarrhée reparait.

Traitement. On ajoute à la potion de Todd d'hier : 4 grammes de salicytate de bismuth.

20 mars. On n'entend plus de souffle. Râles sibilants en arrière à droite.

T., matin, 36°8, le soir, 37°4.

Le pouls à 100 est un peu faible. On ajoute au traitement 1 gramme de caféine en potion.

Dans les jours suivants, l'état du poumon s'améliore de plus en plus, mais la diarrhée redevenue abondante, affaiblit le malade, mais la langue reste bonne, la température normale, les urines claires en quantité suffisante, sans albumine, et l'appétit revient peu à peu.

Le malade part à Vincennes en très bon état, le 4 avril.

Remarques. — Cette observation est une des plus intéressantes, elle nous montre un de ces cas, dans lesquels l'enveloppement prolongé est particulièrement indiqué. Il est certain qu'en présence de ce malade, vieux, atteint d'une pneumonie du sommet, alors que l'état général était déjà mauvais (diarrhée depuis quinze jours), dans un abattement profond, sans température élevée (37°2), il est certain que la balnéation froide eût été contre-indiquée. M. le docteur Rendu l'a enveloppé deux fois, et nous avons vu qu'avec l'ascension de la température, avec une légère accélération du pouls et des mouvements respiratoires, l'état du malade s'améliora rapidement. L'influence sur la fonction rénale très marquée, augmenta aussitôt la quantité d'urine et les matières extractives, l'albumine disparut. La diarrhée s'arrêta après le premier enveloppement.

OBSERVATION III

Pneumonie du sommet droit ; Guérison.

Le nommé Dianette, Pierre, âgé de 32 ans, chauffeur, entre à l'hôpital Necker, dans le service de M. le docteur Rendu, le 21 mars 1892.

Antécédents héréditaires. Rien d'intéressant.

Antécédents personnels. Il n'a eu aucune maladie antérieure sérieuse ; il s'enrhume assez facilement et tousse un peu tous les hivers.

Depuis le 10 mars, il n'était plus très bien portant ; son travail le fatiguait plus que d'habitude ; son appétit diminué, son sommeil plus agité, des alternatives de diarrhée et de constipation dénotaient un état général déséquilibré.

Le 16 mars, il travaille encore toute la journée ; il rentre chez lui et dîne. Après dîner, il a froid, il s'approche du feu, il ne peut se réchauffer et bientôt il est secoué par un violent frisson. Il se couche, prend une tasse de tisane très chaude et s'endort. Il est très agité, éprouve le besoin de changer sans cesse de place.

Vers le milieu de la nuit, il ressent dans le côté droit de la poitrine, une douleur vive qui va croissant et bientôt l'empêche de respirer. Le matin, cette douleur est tellement violente, qu'il fait aussitôt appeler un médecin. On lui applique cinq sangsues au point où la douleur est la plus violente : du côté droit de la poitrine sous la clavicule.

Il est très peu soulagé.

Il reste dans le même état, toussant très peu par crainte de provoquer de la douleur, osant à peine respirer, ne dormant pas la nuit, jusqu'au 21 mars. Il vient alors à l'hôpital au 5^e jour de sa maladie.

21 mars. Température, le soir, 39°4.

Le malade, l'aspect très fatigué, les pommettes rouges, les yeux à moitié fermés, est dans un abattement profond, il faut le questionner fortement pour le sortir de sa torpeur et provoquer des réponses pénibles. C'est à peine si on l'entend. Il souffre de partout : courbature, céphalalgie ; parler, respirer, tousser surtout, provoquent des douleurs, car le point de côté à droite a conservé toute son intensité ; son maximum est au niveau du sein droit. La langue, un peu tremblotante, est sale mais pas sèche. Anorexie absolue. Constipation depuis trois jours. La peau est brûlante.

L'urine peu abondante, foncée, ne contient pas d'albumine.

Examen de la poitrine. — La percussion douloureuse, surtout en avant et en haut du côté droit de la poitrine, dénote à ce niveau de la submatité.

L'auscultation fait entendre des râles de bronchite disséminés à droite et à gauche, mais à la partie supérieure du côté droit, sous la clavicule, il y a un foyer de râles crépitants et du souffle tubaire.

L'expectoration est très peu abondante, sans caractère ; le 19, il aurait craché un peu rouge.

22 mars. Le matin, T., 39°8. P., 108.

Insomnie absolue. Même aspect et même abattement qu'hier. Les douleurs sont les mêmes : courbature, céphalalgie, point de côté. Signes locaux identiques. Langue blanche et plus sèche. Urine, un quart de litre en 20 heures, foncée, mais sans albumine. Une selle hier soir, avec un lavement.

Traitement : Potion cordiale.

— Acétate d'ammoniaque, 4 gr.

— Lait.

Enveloppement dans le drap mouillé. La température de l'eau employée est à peine de 15°. Le malade n'éprouve aucun saisissement désagréable, il parle comme quelqu'un que le froid impressionne et en tremblant, et pourtant il affirme n'éprouver aucun frisson. Après quelques minutes, il se sent bien à son aise, étonné de la diminution rapide de douleurs.

Il boit un grand verre de thé au rhum, et à deux heures, il commence à transpirer.

La respiration n'est plus douloureuse, elle est plus profonde ; la salivation est abondante, et à deux heures et demi, le malade toussant avec beaucoup plus de facilité, expulse, sans efforts douloureux, quelques crachats teintés, couleur sucre d'orge.

A 3 heures 1/2, on l'enlève du drap mouillé, on le sèche en le frottant vigoureusement dans une alèze, dans laquelle on le laisse enveloppé. Il transpire encore abondamment, et à 4 heures, on le change de linge.

Observations :

Avant 1 h. 1/2, T., 40°6. P., 110. R., 40.

Après 4 h., T., 40°2. P., 104. R., 36.

A 6 heures, la température descend à 39°8.

Résultats : Défervescence de huit dixièmes, sudation abondante, expectoration plus facile, diminution de la dyspnée et atténuation considérable des symptômes douloureux. L'abattement est moindre, le malade cause volontiers.

23 mars. Pour la première fois depuis 6 jours que le malade est alité, il a un peu dormi ; il demande à être de nouveau mis dans le drap mouillé. Encore très abattu, moins qu'hier matin cependant, il est surtout très soulagé, plus de céphalalgie, point de côté à la toux seulement. Oppression bien moins marquée.

Localement. Les râles ont sensiblement diminué partout ; foyer de râles sous-crépitaux sous la clavicule droite. Le souffle que l'on entendait hier dans cette région a disparu.

Urine, un litre un quart, foncée, pas d'albumine.

La température, à 8 heures, n'était que de 39°. Pouls, 96.

Même traitement qu'hier.

2^e enveloppement dans le drap mouillé :

Le malade éprouve, au moment où il s'allonge sur le drap mouillé, une sensation de froid assez vif, qu'il n'avait pas ressentie hier ; il frissonne pendant quelques instants, une minute à peine s'est écoulée qu'il se sent bien. Bientôt il ne souffre plus

de nulle part. La transpiration est plus longue à s'établir. Il s'endort, on le réveille au moment de le sortir de son enveloppement.

Observations :

Avant, à 1 h., T., 40°4. P., 100. R., 30.

Après, à 3 h., T., 40°. P., 90. R., 30.

A 6 heures, la température descendue d'un degré, est tombée à 39°.

Et après une nuit de sommeil complet, le

24 mars. La défervescence brusque se fait à 36°4. P., 72. R., 25.

Un peu d'abattement. Pas de miction. Pas de selle depuis hier.

Les râles ont partout diminué. Râles sibilants et ronflants disséminés. Quelques gros râles sous-crépitaux au sommet droit. Submatité dans la même région.

T. le soir, 36°6.

25 mars. Bonne nuit. Le malade est sorti de sa stupeur. Il cause volontiers et d'une voix assez forte. Il demande à manger. Mêmes signes locaux. Urine 1 litre 1/2, chargée de matières extractives.

T. matin, 37°2 ; soir, 37°4.

26 mars. Bonne nuit. Commence à manger. Râles sibilants et ronflants un peu partout. Expectoration de bronchite. Urine 1 litre 1/4.

T. matin 37°2 ; soir 37°2.

26 mars. — Etat très satisfaisant. Bon sommeil et bon appétit. Un peu plus de râles de bronchite à gauche. Urine 1 litre et demi.

T. matin, 37° ; soir 37°4.

Le malade se rétablit rapidement dans les jours suivants et il sort guéri le 31 mars, avec quelques signes locaux de bronchite. Mais il tousse habituellement.

Remarques. — Ce malade atteint d'une pneumonie du sommet, avec une température oscillant entre 39°5 et 40°5, avec abatte-

ment profond, eût été traité par les bains froids. Toutes les trois heures, on eût pris la température de ce malade et il est probable que, la trouvant plusieurs fois dans la journée au-dessus de 39°, on eût donné plusieurs bains. M. Rendu a prescrit deux jours de suite un enveloppement prolongé chez ce malade, il est dans les exceptions, la température baissa de quelques dixièmes après chaque enveloppement, et descendit encore dans les heures suivantes. Les symptômes d'adynamie s'atténuèrent. La sécrétion urinaire très troublée à l'entrée du malade, se modifia aussitôt : l'albumine disparut, la quantité d'urine augmenta ainsi que les matières fixes. La défervescence brusque se fit dans la nuit du 7^e au 8^e jour par une chute de 2 degrés et demi.

OBSERVATION IV

Bronchite et foyer central de pneumonie ou de congestion intense.

Le nommé Ladame, âgé de 40 ans, déménageur, entré à l'hôpital Necker, dans le service de M. le docteur Rendu, le 18 mars 1892.

Antécédents héréditaires. Très bons. Son père et sa mère vivent encore; son père est asthmatique.

Antécédents personnels. Dysenterie en Prusse en 1870. Il tousse d'une façon chronique. Il est un peu emphysémateux. Mais d'une bonne santé habituelle.

Il est malade depuis 6 jours. Il se portait très bien, lorsque, après une journée de travail, il ressentit une douleur intense dans le côté droit de la poitrine, douleur aiguë au point de ne pouvoir respirer. En même temps des frissons puis des nausées et des vomissements paraissaient. Il se coucha avec la sensation d'une forte fièvre et ne dormit pas de la nuit. Le lendemain matin il voulut se lever et aller travailler, il en fut incapable. Ce jour-là il eut encore des vomissements et la diarrhée parut. Il

attendit cinq jours le mieux, mais ne dormant pas; souffrant beaucoup de son point de côté, pouvant à peine respirer il se décida à venir à l'hôpital le 18 mars. Ce soir-là, T., 39°6.

19 mars. Le teint terne, la figure fatiguée, le malade, qui ne dort pas depuis qu'il est atteint, se plaint surtout des symptômes douloureux de son affection: d'une céphalalgie intense, d'un point de côté toujours très violent avec exacerbations très vives à chaque saccade de toux. Il souffre de partout, c'est une courbature générale, il lui semble qu'on l'a roué de coups, qu'on lui a brisé les reins et les membres. La peau est sèche et brûlante. La langue sale est pourtant assez humide; la diarrhée fréquente dure depuis cinq jours. La conjonctive oculaire présente une certaine teinte subictérique. Le foie n'est pas augmenté de volume, son exploration est un peu sensible. L'urine un peu foncée, normale comme quantité, contient un peu d'alumine. Le cœur présente un certain degré d'éréthisme; le poulx est fort, plein et régulier.

L'expectoration est peu abondante, muqueuse, collante, d'une coloration sucre d'orge.

T. matin, 39°; P., 104; R., 35; T. soir, 39°4.

Examen de la poitrine. La percussion ne donne rien, sonorité partout, poitrine d'emphysémateux, globuleuse, sans matité cardiaque, effacement des creux sous-claviculaires, mais elle provoque une douleur assez vive dans la région mammaire du côté droit. A l'auscultation on entend des râles ronflants et sibilants dans toute la poitrine, plus nombreux du côté droit, il est impossible de localiser un foyer de congestion intense ou de pneumonie.

Traitement. Vomitif. Ipéca, 1 gramme 50.

Tartre stibié 5 centigr.

Julep diacode.

Salicylate de bismuth, 4 grammes.

Sinapismes sur le côté droit de la poitrine.

20 mars. La persistance des symptômes douloureux a fait passer une très mauvaise nuit au malade, qui a été très agité.

L'expectoration est très peu abondante.

L'urine (un demi-litre seulement), foncée, contenant une certaine quantité de bile et d'albumine.

Râles sibilants et ronflants dans toute l'étendue de la poitrine. En avant, à droite, en dehors du sein, on perçoit quelques bouffées de râles très fins.

T., matin à 8 heures, 39°2. P., 106. R., 36.

1^{er} enveloppement dans le drap mouillé :

Le malade, agité, avec quelques mouvements saccadés, éprouve quelques frissons en s'allongeant sur le drap mouillé. La gêne de la respiration augmente, mais disparaît presque aussitôt.

Après quelques minutes, le malade se sent très bien, il respire mieux et la transpiration paraît après trois quarts d'heure d'enveloppement. Pas d'expectoration, seulement quelques crachats de salive. Quand à une heure on défait l'enveloppement, la céphalalgie a disparu et le point de côté est très diminué.

Observations :

Avant l'enveloppement.

A 11 heures. T., 40°. P., 106. R., 36.

Après, à 1 heure 1/2, T., 40°2. B., 110. R., 32.

Mais la transpiration se continue longtemps encore, et la température n'est plus que de 39°4 à 5 heures.

21 mars. La nuit a été bien meilleure ; le malade, très soulagé a dormi plusieurs heures. Pourtant il a encore un peu de courbature et le point de côté a reparu, bien qu'avec moins d'intensité.

On ne compte plus que 30 respirations à la minute au lieu de 36, et 100 pulsations au lieu de 106.

T. le matin à 8 heures, 38°8.

La diarrhée, persistante et abondante depuis le deuxième jour de la maladie, a cessé. Langue humide et nettoyée.

L'urine, assez rare, un demi-litre, est encore foncée, mais ne contient plus d'albumine.

Comme signes thoraciques, on constate que les râles sibilants et ronflants sont moins nombreux dans toute l'étendue de la poi-

trine. Mais en dehors du sein droit, il existe un foyer de congestion pulmonaire qui se révèle par l'existence, à ce niveau, de râles sous-crépitaux fins et d'un souffle.

2^e enveloppement dans le drap mouillé :

La sensation de froid est bien moins désagréable qu'hier. Le malade se trouve aussitôt bien. Mêmes phases qu'hier : réchauffement rapide, transpiration, salivation abondante. La céphalalgie et le point de côté disparaissent.

Avant l'enveloppement :

A 11 heures, T., 39°3. P., 105. R., 32.

Après, à 1 h. 1/2, T., 39°2. P., 95. R., 25.

Résultats immédiats, très léger abaissement de la température (qui tombe à 38°8 à 5 heures), soulagement évident, pouls ralenti et fort, inspirations moins fréquentes et plus profondes.

22 mars. Pendant la nuit, toute de sommeil, la défervescence s'est continuée et le matin, la température est à 37°8. Le souffle a disparu ; gros râles sous-crépitaux ; quelques râles de bronchite disséminés.

Urine plus abondante, 1 litre 1/4.

Respiration, 22.

T. le soir, 37°.

23 mars. La maladie est finie, la température est à 37°.

Le malade demande à manger. Il se rétablit rapidement et sort guéri, le 27 mars, avec quelques râles de bronchite dont il ne doit d'ailleurs jamais se débarrasser.

Remarques.— Au début, un état gastro-intestinal, avec diarrhée et teinte subictérique ; un foyer de congestion pulmonaire. Un vomitif soulage momentanément le malade, mais les signes pulmonaires augmentent, les douleurs reparaissent.

Deux enveloppements provoquent une réaction énergique et la défervescence arrive le dixième jour.

OBSERVATION V

Pneumonie du sommet droit; Guérison.

Le nommé Noël Louis, âgé de 61 ans, cocher, entre à l'hôpital Necker dans le service de M. le docteur Rendu, le 4 avril 1892.

Il tousse habituellement tous les matins. Une bronchite au commencement de l'hiver. Pas d'autres antécédents.

Il entre au cinquième jour de maladie. Il a cessé de travailler mercredi soir 30 avril; dans la journée, il ne se sentait pas très bien, il n'avait rien pu manger, à plusieurs reprises il avait éprouvé des frissons.

Dans la nuit du mercredi au jeudi, il ne peut dormir, il a la respiration gênée par une douleur assez vive dans la région du sein droit; cette douleur devient très vive, lorsqu'il tousse.

Le jeudi matin, il ne peut se lever, il est courbaturé, souffre de partout, il a très mal à la tête. Un médecin appelé le vendredi le purge, et lui applique trois sangsues au dessus et en dehors du sein droit; le point de côté est quelque peu atténué. Dans les jours qui suivent, il reste très oppressé, souffre, ne peut dormir, ne prend aucune alimentation, il vient à l'hôpital le lundi, 4 avril, il a le soir 37°6 de température.

5 avril. Il n'a pas dormi; il est profondément abattu et répond avec peine aux questions. Les pommettes sont un peu rouges. Il se plaint surtout d'une céphalalgie violente et d'une fatigue douloureuse, il souffre de partout, dans les bras, dans les jambes, dans le dos, et la toux pénible et quinteuse provoque un point de côté mamelonnaire à droite. La langue saburrale est sèche. L'oppression légère, à 30 inspirations par minute; la température peu élevée, 37°2.

L'urine très peu abondante, foncée, ne contient pas d'albumine. Diarrhée qui dure depuis la purgation prise en ville.

Expectoration peu abondante, quelques crachats de congestion. Examen de la poitrine : à gauche, rien ; à droite en avant, matité au sommet, râles crépitants à la fin de l'inspiration après la toux ; en arrière, matité dans la fosse sus-épineuse, souffle doux à l'auscultation, pas de râles.

Traitement : Enveloppement dans le drap mouillé, Potion de Todd avec 4 grammes d'acétate d'ammoniaque, café, lait.

1^{er} enveloppement. La sensation de froid éprouvée par le malade est très intense, pendant quelques instants, il frissonne fortement ; il a quelques quintes de toux. Il se réchauffe assez rapidement, mais la transpiration est lente à s'établir, et après deux heures, elle n'est pas abondante. Les douleurs de tête ont diminué, mais pas beaucoup et la courbature est très peu atténuée :

Avant, à 11 heures, T., 38° ; P., 105 ; R., 30.

Après, à 1 h. 1/2, T., 39°2 ; P., 110 ; R., 32.

Transpiration assez abondante dans l'après-midi ; après une heure de sommeil, il se sent un peu mieux.

T. 38°4 à 5 heures.

6 avril. Le malade a fort peu dormi., il paraît toujours aussi abattu et se fait prier pour répondre.

La céphalée a bien diminué, mais la courbature douloureuse persiste. La langue est encore sale, mais plus humide. La quantité d'urine a augmenté, 1 litre 1/4.

L'expectoration un peu plus abondante est caractéristique d'une congestion pulmonaire. Les signes fonctionnels sont nuls ; les signes physiques sont les mêmes :

T., 37°4 ; P., 104 ; R., 31.

Traitement, le même qu'hier.

2^e enveloppement. Le saisissement produit par le froid est aussi intense qu'hier. Le malade a des frissons pendant deux minutes, mais pas de sensation d'oppression, pas de battements de cœur ; le pouls n'est pas accéléré. La transpiration paraît assez rapidement et avec abondance. L'expectoration est

plus facile, en plus grande quantité, couleur sucre d'orge. Les symptômes douloureux sont très diminués.

Avant, T., 37°4; P., 104; R., 31.

Après, T., 38°2; P., 106; R., 30.

La température à 5 heures tombe à 37°4.

La diarrhée est arrêtée.

7 avril. T. m., 36°8; s., 37°; P., 96. Encore peu dormi cette nuit. Mais l'état général est bien meilleur. Le malade se sent mieux; il est un peu plus éveillé. Il ne se plaint plus de ses douleurs. Il tousse sans fatigue, et expulse plus facilement des crachats teintés, de congestion. Langue humide. Pas de selle. Urine 1 litre et demi très chargée de sels et de sédiments qui forment un dépôt abondant au fond de bocal.

Au sommet droit, la matité persiste, mais il n'y a plus de souffle, et les râles y sont plus volumineux.

Au-dessus et en dehors du sein droit il existe un petit foyer de râles sous-crépitaux fins avec très léger souffle.

Traitement. Sinapismes en avant du côté droit de la poitrine. Potion cordiale avec acétate d'ammoniaque. Café. Lait. Un lavement.

8, avril. Peu de sommeil. Meilleur aspect. Cause plus. Ne souffre plus. Expectoration spumeuse abondante, encore teintée par places.

T. matin, 37; soir, 37°2.

Poumons : à droite, gros râles sous-crépitaux en avant. Râles sibilants en arrière dans le tiers supérieur. Urine, 1 litre et demi.

Traitement. Sinapismes à droite, en avant et en haut.

Les jours suivants : même état. Le malade recommence à manger et va de mieux en mieux. Mais la disparition des signes d'auscultation est très lente. Le sommet droit est encore le siège d'une matité évidente et de râles sibilants quand le malade sort le 20 avril.

Remarques. Autre observation qui nous montre un vieillard, atteint d'une pneumonie du sommet droit, dont l'état général est

très mauvais (troubles intestinaux, troubles adynamiques), et qui ne présente pas d'élévation de la température axillaire.

On l'enveloppe deux fois, et après chacune d'elles, avec une élévation de température coïncide une amélioration évidente, que caractérisent la diminution des symptômes douloureux et adynamiques, l'augmentation de la quantité d'urine. On est bien obligé d'admettre que dans ces cas tout au moins l'ascension de la température n'est pas un élément nuisible.

OBSERVATION VI

*Etat grippal: Bronchite et congestion pulmonaire
de la base gauche.*

Le nommé Gespann Martin, âgé de 48 ans. journalier, entre le 26 mars à l'hôpital Necker, dans le service de M. le docteur Rendu.

Antécédents héréditaires. Sans intérêt.

Antécédents personnels. Sa bonne santé habituelle n'a été troublée que deux fois, en 1872 par une attaque de rhumatisme qui ne laissa pas de reliquat cardiaque, et il y a huit ans par une pneumonie double dont il fut soigné à l'hôpital Necker. — Il présente un certain degré d'éthylisme manifesté par quelques cauchemars professionnels et par de légères pituites le matin.

C'est le 22 mars qu'il commença à se sentir mal à l'aise; des maux de tête, avec courbature généralisée marquèrent alors le début de sa maladie. Cette céphalée augmentait le soir et lui permettait à peine de dormir. Dès le premier jour il avait complètement perdu l'appétit. Il traîne chez lui dans cet état; il se couche, et après deux jours de lit, quelque peu agité, il vient à l'hôpital le 28 mars 1892.

29 mars. Le malade a la face rouge, vultueuse, il a très mal dormi et a tenu les voisins éveillés par son agitation incessante.

— Il se plaint surtout de symptômes douloureux : céphalalgie intense, courbature douloureuse de tout le corps, surtout marquée dans la région lombaire et dans le flanc gauche. Depuis hier après midi il a vomi trois fois. Depuis trois jours il n'a pas été à la selle. Il tousse un peu, chaque saccade de toux augmentant d'une façon très pénible les douleurs de tête. L'expectoration assez abondante ne présente rien de caractéristique, c'est celle de la bronchite chronique. — Urine normale.

Examen de la poitrine. Thorax dilaté d'emphysémateux, partout sonore à la percussion. L'auscultation donne peu de signes, quelques râles de bronchite disséminés, un peu plus abondants à la base gauche en arrière. — Mais, comme ce malade tousse un peu d'une façon chronique, on n'y attache pas d'importance. On pense qu'il est atteint d'une grippe assez légère, à forme douloureuse ; sa température, hier, était de 37°6, ce matin 38°2.

On prescrit sirop codéine avec 3 grammes d'antipyrine. — Un lavement à la glycérine.

T. le soir, 38°8.

30 mars. Hier, les vomissements se sont renouvelés chaque fois que le malade a essayé de boire quelque chose. — Cette nuit insomnie absolue et agitation. — Ses douleurs ont augmenté d'intensité. — Le facies est toujours très congestionné, il y a une légère teinte subictérique de la conjonctive.

T. matin, 38°; T. soir, 38°2.

31 mars. Même état, insomnie, agitation, douleurs, quelques vomissements, la respiration paraît un peu gênée, un point de côté a paru dans la région du sein gauche. A l'auscultation les râles sont plus nombreux partout ; à gauche, en arrière et en bas, le poumon respire peu, on entend à peine le murmure vésiculaire et la percussion est douloureuse à ce niveau. Au milieu de l'expectoration bronchique abondante, se trouvent quelques crachats teintés de congestion.

On applique cinq ventouses scarifiées sur la région douloureuse.

T. le matin, 38°; le soir, 39°.

1^{er} *avril*. Insomnie absolue, intensité croissante des symptômes douloureux auxquels s'ajoute pour la première fois de la dyspnée. La peau est sèche et chaude, la langue sale, pâteuse, pas de vomissements depuis hier matin.

Les râles de bronchite ont augmenté partout, et à la base du poumon gauche, submate et douloureuse, on trouve un foyer de râles fins de congestion ; les caractères de l'expectoration le faisaient prévoir.

Ce matin, le malade est très abattu ; on prescrit un enveloppement dans le drap mouillé.

1^{er} *enveloppement*. L'eau est à la température de 13°. Pas de sensation de froid désagréable, pas de frisson ni de gêne de la respiration. Presqu'aussitôt réchauffé, le malade ne tarde pas à transpirer abondamment et à cracher un peu ; il cause plus volontiers qu'avant, et avant d'être retiré du drap mouillé, il éprouve un soulagement général, mais les douleurs de tête sont encore fortes surtout au moment des efforts de toux.

T. avant, 39°2 ; après, 38°8, en baisse de quatre dixièmes.

2 *avril*. Le malade a encore très peu dormi, mais il a été beaucoup plus calme.

Le point de côté est très atténué, mais la céphalalgie persiste presque aussi intense. Bien que l'état d'abattement soit encore prononcé, il y a amélioration évidente de l'état général. L'expectoration rosée, est plus abondante, la langue est moins sale, la peau encore sèche.

Foyer de congestion intense ; râles sous-crépitaux et souffle doux à la base gauche.

2^e *enveloppement*. Sensation de froid plus ressentie qu'hier, elle provoque quelques frissons pendant la première minute ; le calme vient vite, et le malade est bientôt à son aise. La transpiration est moins abondante, mais l'expectoration plus facile et plus copieuse ; les douleurs surtout sont considérablement amoindries.

La température, à 39° avant l'enveloppement, monte de deux

dixièmes à 39°2, mais la transpiration continue après et la température retombe à 38°6.

Après, le malade prend 15 grammes d'eau-de-vie allemande, car il n'a pas-été à la selle depuis deux jours.

3 avril. Défervescence 37°6.

Nuit bien meilleure ; le malade a dormi plusieurs heures pour la première fois depuis huit jours. Encore une légère douleur de tête de temps à autre, et c'est tout ; l'abattement est bien moindre.

Il n'y a plus de souffle à la base gauche, ni de râles fins ; à ce niveau seulement, les râles sibilants et ronflants qu'on entend partout, sont plus abondants.

T. le soir, 38°2.

4 avril. Etat très satisfaisant. Bien dormi. Il ne reste aucune douleur ; râles de bronchite disséminés.

T. matin, 37°6 ; soir, 37°6.

Il sort guéri, le 10 avril 1892.

Remarques. — Au début, grippe à forme douloureuse, puis congestion pulmonaire. Après avoir essayé, sans résultats l'opium, l'antipyrine, la quinine, on enveloppe le malade. Le premier enveloppement diminue le point de côté et la courbature ; la céphalalgie cède au deuxième. La maladie évolue rapidement.

OBSERVATION VII

Etat infectieux; Foyers de congestion pulmonaire disséminés.

La nommée Carpentier Pauline, âgée de 34 ans, entre le 4 avril à l'hôpital Necker, dans le service de M. le docteur Rendu.

Une pneumonie, il y a 14 ans ; plusieurs bronchites, il y a quelques années ; bronchites qui duraient deux à trois mois d'hi-

ver, tels sont les antécédents de cette malade. Depuis trois ans elle se portait bien, exposée seulement à des épistaxis faciles ; lorsqu'il y a un mois, elle eut quelques légères métrorrhagies qui l'affaiblirent quelque peu.

Vers le 20 mars, elle fut prise d'un autre malaise, la fatigue devint douloureuse, elle perdit l'appétit et eut une angine qui s'accompagna de douleurs assez vives dans les régions sous-maxillaires et cervicale.

Elle travaillait encore, bien que péniblement, lorsque le 27 mars, à la suite d'un refroidissement, son état de malaise empira et l'obligea le 28, à prendre le lit. Ce qui dominait dans ce qu'elle éprouvait, c'étaient la courbature douloureuse générale et l'abattement. En outre, elle avait chaque jour de légères épistaxis. Pas d'autres symptômes, ni toux, ni diarrhée ; mais la maladie traînait en longueur, elle se décide à entrer à l'hôpital le 4 avril.

T. le soir, 38°8.

5 avril. La malade n'a pas dormi, ainsi que les nuits précédentes. Le visage terne, les pommettes colorées mais pas d'un rouge congestif, elle est dans un état d'abattement profond, elle souffre de partout, elle évite tout mouvement. La soif est vive, l'anorexie absolue, la langue est sèche et sale, rouge à la pointe comme la langue typhique. Ni diarrhée, ni constipation. La peau est sèche et brûlante. L'exploration de la rate légèrement augmentée de volume, est un peu douloureuse. Pas de douleur dans la fosse iliaque droite, pas de taches rosées lenticulaires. Petite toux sèche, quinteuse, non suivie d'expectoration.

L'examen de la poitrine fait entendre des râles sibilants disséminés à droite et à gauche. En arrière à droite et vers la partie moyenne on trouve un petit foyer de congestion pulmonaire que révèlent un léger souffle, des bouffées de râles sous-crépitaux fins et de la matité. Le cœur est normal.

L'urine, rare et foncée, contient une quantité notable d'albumine.

T. le matin, 38°4.

Turbiau.

Traitement. Enveloppement dans le drap mouillé. Potion de Todd.

Premier enveloppement. L'eau utilisée a 16 degrés. Le contact du drap mouillé provoque une sensation de froid intense très désagréable, pendant deux minutes la malade éprouve de légers frissons, puis elle se réchauffe, se sent bien, elle transpire peu, et après une heure elle trouve le temps bien long et se plaint de l'excès de chaleur. Elle accuse pourtant un soulagement, les symptômes douloureux sont atténués. Elle ne reste enveloppée qu'une heure et demie.

Avant. T, 39°2 ; P., 100 ; R., 40.

Après. T., 39°4 ; P., 104 ; R., 36.

La transpiration peu abondante pendant l'enveloppement, se produit après et à 4 heures on est obligé de changer la malade de linge.

T. à 5 heures, 38°8.

6 avril. La nuit a été meilleure que les précédentes, la malade a un peu dormi, elle tousse davantage, l'expectoration a augmenté. L'abattement est moins profond, la malade se sent mieux. Le souffle entendu hier vers la pointe de l'omoplate à droite a disparu. Râles sous-crépitants et matité dans cette région. La langue est encore sale, mais plus humide. Une selle. Urine plus abondante, foncée, avec moins d'albumine.

T. le matin à 8 h., 38°4 ; P., 96 ; R., 36.

Deuxième enveloppement. La sensation de froid est bien moins désagréable. La transpiration s'établit assez rapidement, à chaque instant la figure de la malade est baignée de sueur.

L'enveloppement est moins pénible.

T. à 11 heures (avant), 38°6.

T. à 1 h. 1/2 (après), 39°4.

Sueurs profuses toute l'après-midi.

T. à 5 heures. 38°8.

7 avril. Amélioration sensible. Bonne nuit. Courbature et douleurs disparues. Expectoration abondante, de crachats

spumeux et aérés. La langue est humide, encore sale. Pas de selle. Urine 1 l. 250^g, sans albumine.

Poumons: Plus de souffle. Râles sous-crépitaⁿts en arrière à droite comme hier, et de plus on constate un nouveau petit foyer au-dessus et en dedans de celui qui existait. On applique en cet endroit quatre ventouses scarifiées

Eau de Sedlitz. Potion de Todd.

T. le matin, 38°2; P., 80; R., 32.

T. le soir. 36°5.

8 avril. Après une bonne nuit, la température est tombée à 36°6. L'amélioration persiste. Râles sibilants et ronflants disséminés, encore un peu de submatité en arrière à la partie moyenne.

Langue encore sale. Urine abondante.

T. soir, 37°4: P., 80; R., 26.

Dans les jours qui suivent. le malade se rétablit peu à peu.

Remarques. — Etat typhoïde prononcé, foyers de congestion pulmonaire disséminés, urine albumineuse, abattement profond. Deux enveloppements. Amélioration rapide.

OBSERVATION VIII

Congestion pulmonaire ; Légère attaque de rhumatisme.

Le nommé Kernant Yves, âgé de 44 ans, livreur à la Compagnie de l'Ouest, entre à l'hôpital Necker dans le service de M. le docteur Rendu, le 11 avril.

Antécédents héréditaires. Nuls.

Antécédents personnels. Une attaque de rhumatisme il y a 11 ans, sans manifestation cardiaque. Le métier qu'il fait est dur, oblige à boire, d'où un peu d'éthylisme caractérisé par la triade : pituites, rêves, tremblement. Constitution robuste.

Il est malade depuis le samedi 9 avril. Il travaillait ce jour-là,

lorsque vers deux heures de l'après-midi il se sentit tout à coup mal à l'aise, secoué par un violent frisson. Il finit péniblement sa journée, et le soir rentré chez lui il lui fut impossible de dîner éprouvant alternativement des sensations de froid et de chaleur intense. La sensation de malaise s'est accrue, et c'est maintenant une courbature douloureuse qui l'accable. Il souffre d'une céphalalgie intense, de douleurs dans les membres et dans les reins, Il se couche, mais il se trouve très mal dans le lit et se relève à chaque instant pour boire sans apaiser la soif vive qu'il éprouve. Dans la nuit paraît un symptôme nouveau, un point de côté dans la région mamelonnaire droite qui l'empêche de respirer. Le 10 avril au matin, après une nuit d'insomnie il fait chercher un médecin qui lui applique quatre sangsues sur la région du point de côté. A la suite de cette application le malade est quelque peu soulagé. La journée du dimanche se passe sans changement notable et le lundi 11 avril, après une deuxième nuit d'insomnie et d'agitation, il vient à l'hôpital.

11 avril. Au moment où il entre, il se plaint surtout de la courbature générale, il souffre de la tête, il a des douleurs dans le dos et dans les membres.

Le point de côté a diminué, mais les quintes de toux sèche le réveillent.

Le visage est un peu congestionné, les conjonctives présentent une très légère teinte subictérique. Pendant qu'il cause, le malade est agité, sans cesse il remue les mains. Constipation depuis trois jours. La langue est blanche et tremblante, pas sèche.

Poitrine globuleuse d'emphysémateux, les creux sous-claviculaires sont effacés, la matité cardiaque n'existe pas, la sonorité est exagérée.

En avant, pas de signes d'auscultation anormaux, les bruits du cœur sont sourds.

En arrière, matité à la base droite, et râles crépitants dans la région correspondante, le tiers inférieur à peu près. Pas de souffle, bronchophonie. Expectoration très peu abondante de

quelques crachats sans caractères, ils collent au fond du crachoir.

T., 38°4. On prescrit une potion calmante.

12 avril. Il n'a pas dormi un instant, agitation continuelle.

Depuis hier, il a vomi tout ce qu'il a essayé de boire, tisane et lait. Mêmes signes de congestion pulmonaire qu'hier, très peu de respiration à la base du poumon droit, quelques crachats teintés.

Urine en très petite quantité, très colorée, contient un peu d'albumine.

T., 38°; P., 108.

Traitement. Enveloppement dans le drap mouillé; julep diacodé avec kermès dix centigrammes.

1^{er} enveloppement. Eau à la température de 15 degrés. Au moment où le malade est allongé sur le drap mouillé, il est fortement saisi par le froid, pendant deux minutes il éprouve de légers frissonnements, mais rien de bien désagréable. Pendant quelques minutes, il est secoué par une toux quinteuse assez pénible; à 11 h. 1/4, il se trouve très à son aise, il ne ressent plus qu'une très agréable sensation de fraîcheur; à 11 h. 1/2, nouvelle quinte de toux suivie de l'expulsion de quelques crachats; à 11 h. 3/4, il s'endort et la transpiration commence; on profite de son réveil pour lui faire prendre une verre de thé au rhum froid, la transpiration paraît presque aussitôt plus abondante. Enfin, il arrive patiemment à 1 heure, après avoir fait plusieurs sommes: très soulagé de sa céphalalgie, trouvant sa respiration beaucoup plus facile et peinant moins pour cracher.

A 11 heures. T., 38°2; à 1 h. 1/2. T., 38°6.

Urine aussitôt 250 centimètres cubes.

La transpiration continue abondante et la température baisse.

T., 38°4 à 5 heures.

13 avril. Le malade s'est senti très soulagé hier dans la soirée, et la nuit, il a bien dormi pour la première fois depuis le début de la maladie.

Il est moins agité, quand on lui parle. La langue est un peu

nettoyée. Les vomissements ne se sont pas reproduits. Deux selles hier dans la soirée par un lavement glyceriné. Urine 1 litre 250 ; ne contient plus d'albumine.

A la base droite de la poitrine, en arrière, matité et râles sous-crépitaux.

L'expectoration plus abondante est caractéristique de la congestion pulmonaire. Les symptômes douloureux ont disparu.

2^e *enveloppement* dans le drap mouillé. Le saisissement est moindre. La transpiration plus tardive est moins abondante qu'hier. L'expectoration facile est bien plus considérable.

Avant, T., 39°2 ; après T., 39°2, mais à 5 heures, la température tombe à 38°2 et le malade dort bien toute la nuit.

14 *avril*. L'état général est très satisfaisant, la température à 37°6, le malade se trouve très bien, il se plaint seulement d'une douleur assez vive, provoquée même par le contact du drap, dans le gros orteil du côté droit. Le soir, la température étant remontée à 38°9, les signes thoraciques étant les mêmes, à la contre-visite, on applique à la base droite en arrière quatre ventouses scarifiées.

15 *avril*. Nuit bonne. T., 37°4, mais de nouvelles douleurs ont paru dans les deux genoux qui sont très légèrement enflés, c'est une attaque de rhumatisme que fait le malade et on se demande si la congestion pulmonaire qui a précédé, n'était pas de nature rhumatismale.

Les signes pulmonaires se modifient : les râles augmentent de volume, ils sont plus muqueux, plus humides et l'expectoration devient blanc jaunâtre.

On prescrit un cataplasme sinapisé sur la poitrine et une potion avec 5 grammes de salicylate de soude.

T., le soir, 39°2.

16 *avril*. Le malade a dormi pourtant. Ce matin, la température bien descendue n'est plus que de 37°8. Les douleurs des genoux sont moindres, les coudes sont un peu pris.

Signes pulmonaires : gros râles muqueux et sibilants. T., le soir, 37°8. Urine 1 litre 400 c. c., très chargée de sels.

17 avril. Etat très satisfaisant ; les douleurs sont très diminuées.
T. m., 37°4; S., 37°6.
18 avril. T. m., 37°2; s., 37°4.
Rétablissement et guérison rapides.

OBSERVATION IX

Congestion pulmonaire.

Le nommé Bourdot, 42 ans, garçon maçon, entre à l'hôpital le lundi 11 avril, dans le service de M. le docteur Rendu

Ses antécédents, tant héréditaires que personnels, ne présentent rien d'intéressant, il s'est toujours bien porté.

Malade depuis le dimanche 3 avril, il éprouva d'abord un malaise général caractérisé par une fatigue douloureuse, et surtout par de violents maux de tête. Sans pouvoir dormir, mangeant à peine quelques potages, il essaye de travailler jusqu'au jeudi ; mais un point de côté à droite l'oblige alors à rester chez lui ; il est très oppressé par la douleur qu'occasionnent les mouvements respiratoires. Des quintes de toux, sèche jusqu'à ce jour, provoquaient une vive douleur dans la même région. Le jeudi soir, raconte-t-il, il expectore quelques crachats de sang bien rouge. Il se purge le vendredi ; le samedi, il trouve moyen d'aller au chantier toucher sa paye, et après encore une journée péniblement passée chez lui tout seul, il arrive le lundi à l'hôpital avec une température de 39°6 le soir.

12 avril. Insomnie complète. Face un peu congestionnée ; céphalalgie intense, douleurs lombaires et point de côté, douloureux surtout à droite, en arrière dans la partie externe du tiers moyen. Langue sale, mais pas sèche. Depuis vendredi, jour où il s'est purgé, diarrhée. Urine peu abondante, foncée. Expectoration qui ressemble à celle de l'apoplexie pulmonaire, un peu violacée, non aérée, collante.

T., à 8 heures, 38°4.

Examen de la poitrine. — La percussion dénote une région mate, en arrière à droite, au niveau du tiers moyen, et dans la même région à l'auscultation outre une diminution du murmure vésiculaire, sur une étendue assez grande, on trouve un foyer de râles sous-crépitaux fins, et au-dessous un petit point où on entend un souffle. Bronchophonie dans cette région.

Traitement. Enveloppement dans le drap mouillé. Potion de Todd.

L'enveloppement saisit fortement le malade et provoque des frissons qui durent à peine une demi-minute. Pourtant pas de gêne de la respiration, ni de palpitations. La transpiration ne tarde pas à s'établir et devient très abondante. Les symptômes douloureux s'amendent tous, douleurs de tête, de poitrine ; les douleurs des membres sont très diminuées. L'expectoration est peu abondante.

T., avant à 11 heures, 38°8. P., 100.

T., après à 1 heure, 39°4. P., 102.

Presqu'aussitôt désenveloppé, il a éprouvé le besoin d'uriner et dans l'après-midi, malgré l'élévation de la température, il s'est endormi.

T. le soir à 5 heures, 39°.

13 avril. Nuit bien meilleure que les précédentes ; défervescence de presque 2 degrés à 37°2. P., 90.

Le malade se sent bien mieux ; une légère douleur le gêne encore dans le côté droit quand il tousse. La langue est nettoyée. Expectoration plus abondante, moins violacée, plus rouge, comme de la viande lavée par l'eau chaude. Le souffle entendu hier en un point très limité, a disparu ; râles sous-crépitaux et submatité en arrière à la partie moyenne du côté droit.

La diarrhée persiste, mais moindre : 4 selles ; on ajoute à la potion cordiale, 4 grammes de salicylate de bismuth.

Urine augmentée, 1 litre 200 c. c.

T. soir, 38°2.

14 avril. Nuit très bonne. Le malade se sent bien. L'expecto-

ration diminue, change de couleur, gris jaunâtre. Aucune douleur. Dans la poitrine, râles sous-crépitaux volumineux.

Trois selles ; salicylate de bismuth : 4 grammes.

Urine, 1 litre 300 c. c.

15 avril. T. matin, 36°8. Bonne nuit. Le malade demande à manger. Expectoration grise, purulente. Les signes d'auscultation se modifient ; râles sibilants.

Deux selles.

Dans les jours suivants, la diarrhée disparaît, l'appétit revient tout à fait ; l'expectoration cesse. Le malade sort le 24 avril, il ne reste pas traces de son foyer de congestion pulmonaire.

OBSERVATION X

Congestion pulmonaire ; Petit foyer de pneumonie.

La nommée Mary Ambroisine, âgée de 39 ans, entre à l'hôpital Necker, dans le service de M. le docteur Rendu, le 15 avril dans la soirée.

Antécédents héréditaires. Nuls.

Antécédents personnels. La fièvre typhoïde en 1874, une bronchite qui la tint deux semaines au lit en 1891.

Bonne santé habituelle.

Le jeudi 14 avril, elle avait travaillé toute la journée, le soir pourtant elle s'était couchée sans diner, ne sachant à quelle cause rapporter son manque d'appétit.

Dans la nuit du jeudi au vendredi, elle se réveille et ressent une vive douleur, comme une piqûre profonde, dans la région du sein gauche. Puis c'est une sensation de froid malgré l'édredon qui la couvre, elle est secouée par des frissons violents ; un mal de tête intense s'ajoute à la douleur de côté et le reste de la nuit s'achève dans l'agitation.

Le matin du vendredi 15 avril, elle fait appeler un médecin qui

Turbiau.

15

applique un vésicatoire en arrière à la partie moyenne du côté gauche de la poitrine. — Ce jour-là elle a la diarrhée.

Elle entre le soir à l'hôpital, T., 38°8.

16 avril. Insomnie absolue. Les pommettes colorées, les narines légèrement pulvérulentes, la malade est dans un état d'abattement profond; les questions la fatiguent, elle y répond avec peine. Elle se plaint de souffrir de partout, mais surtout de la tête. Pourtant le vésicatoire semble avoir produit un léger effet, le point de côté a perdu de son intensité, il ne reparait très pénible que provoqué par les saccades d'une toux petite et sèche.

Anorexie complète, diarrhée, langue sale et pâteuse. L'expectoration est nulle.

A l'examen de la poitrine on constate en arrière une forte congestion du tiers inférieur du poumon gauche, qui se traduit par de la submatité, du souffle et un foyer de râles crépitants en haut du tiers inférieur. Urine peu abondante sans albumine.

A 8 heures, T., 39°2 ; P., 110 ; R., 35.

Traitement. Drap mouillé. Potion cordiale. Café.

1^{er} enveloppement. L'eau utilisée est à 14°. La malade pousse un cri au moment où on l'allonge sur le drap froid, elle trouve cette sensation très désagréable, et éprouve quelques légers frissons. Cette première impression du froid disparaît vite et à peine deux minutes se sont écoulées que la malade se trouve bien dans son enveloppement. Le réchauffement se produit rapidement et la transpiration apparaît au bout de 40 minutes. Toutes les minutes il faut essuyer la figure de la malade couverte d'une sueur abondante.

A midi et demi on la retire du drap mouillé, les symptômes douloureux sont très amendés, la malade tousse sans souffrir à peine du côté. La céphalalgie a disparu.

Il n'y a pas eu d'expectoration. — Elle urine aussitôt après 250 centimètres cubes.

A 1 heure, T., 39°6 ; P., 115 ; R., 36.

Dans l'après-midi sommeil et transpiration abondante. A. 5 heures, T., 39°. — La malade se sent beaucoup mieux.

17 avril. Elle a dormi presque toute la nuit. L'état général est très satisfaisant. La langue est humide, la diarrhée arrêtée.

A 8 heures, T., 37°6; P., 110; R., 32.

Signes locaux : à gauche en arrière et en bas : souffle diminué, doux; râles sous-crépitaux fins. Depuis hier soir légère expectoration de congestion.

Le soir, la température remonte à 39°. La malade a eu la visite de ses deux jeunes enfants, se sentant bien, elle a joué avec eux; peut-être l'élévation de la température est-elle due à la fatigue.

18 avril. Nuit sans sommeil. Langue sale et un peu sèche.

A 8 heures, T., 39°4; P., 120; R., 35.

L'expectoration a augmenté, filante, de couleur jaune sucre d'orge.

2^e enveloppement. Comme la première fois, saisissement, frissons au début, réchauffement rapide. La transpiration est longue à s'établir, mais elle est très abondante. La malade s'endort pendant l'enveloppement. On l'en retire après 1 heure 1/2, elle transpire encore dans l'alèze chaude dans laquelle on l'enveloppe, elle tousse et crache très facilement.

T., à 11 heures, 39°4; à 1 heure, 39°8.

Elle s'endort, à 5 heures, T., 39°2, la malade se sent bien mieux.

19 avril. Après une bonne nuit la température n'est plus que de 37°6 en baisse de 1 degré et demi.

P., 110; R., 32.

Urine, 1 litre et demi, contient une grande quantité de matières sédimenteuses.

Apparition de deux petites plaques d'herpès formées par la confluence de plusieurs vésicules, l'une au bord de la lèvre inférieure, l'autre à la lèvre supérieure, contre la cloison des fosses nasales.

Langue humide encore un peu sale.

Expectoration plus abondante, spumeuse,

Signes locaux : râles sous-crépitaux dans les deux tiers inférieurs en arrière à gauche.

Le soir, T., 37°5.

20 avril. Bonne nuit.

Matin, T., 38°2; soir, 38°.

21 avril. Matin, T., 37; T. soir, 37°.

La malade se rétablit très rapidement, elle sort guérie le 4 mai.

OBSERVATION XI

Pneumonie de tout le poumon droit ; mort,

Le nommé Costella, tanneur, âgé de 40 ans, entre à l'hôpital Necker dans le service de M. le docteur Rendu, le 25 avril.

Antécédents héréditaires et personnels sans intérêt. Il s'est toujours bien porté. Il est marié et père de cinq enfants tous bien portants, il ne présente pas de signe d'éthylisme.

Depuis une quinzaine de jours il se sentait moins bien que d'habitude sans pouvoir préciser ce qu'il éprouvait ; son travail lui était plus pénible ; le soir la fatigue était plus considérable. Chaque jour il avait à plusieurs reprises des alternatives de sueurs et de frissons. Son appétit était diminué, son sommeil plus agité. Fréquemment il avait de la diarrhée.

Cet état de malaise durait depuis une quinzaine de jours quand samedi dernier 23 avril, dans la soirée, après avoir travaillé toute la journée, les frissons reparurent, mais avec une intensité beaucoup plus considérable et le secouèrent pendant plusieurs heures, dans la nuit un point de côté survint s'étendant à chaque inspiration à toute la base de la poitrine du côté droit, d'où, une oppression considérable.

L'application d'un vésicatoire calme un peu la douleur. Mais le malaise général augmente, il vomit deux fois le dimanche, une céphalalgie intense paraît, l'oppression est plus forte, il ne

dort pas un instant, et le 25 avril, il entre à l'hôpital dans la soirée.

T., 39°2.

26 avril. Après une nuit sans sommeil, le malade, dans un abattement profond, a les joues brûlantes, d'un rouge violacé sur les pommettes, les yeux brillants, la langue sèche et pâteuse, la voix brève et faible. La peau est sèche et brûlante.

Il se plaint surtout des douleurs de tête. La dyspnée bien que diminuée par l'atténuation du point de côté sous l'influence du vésicatoire est encore notable. 35 respirations par minute.

Les urines rares, foncées, contiennent une quantité très appréciable d'albumine.

La toux est pénible, quinteuse, suivie d'une expectoration peu abondante, collante, visqueuse, couleur sucre d'orge foncé.

Examen de la poitrine.— A gauche, quelques râles de bronchite en arrière. A droite en avant, rien en arrière, matité et augmentation des vibrations thoraciques dans la fosse sous-épineuse et un peu au-dessous, à ce niveau on entend un souffle doux et des râles crépitants qui n'existent qu'après la toux et pendant deux inspirations seulement.

Les bruits du cœur sont forts, surtout le premier. Le poulx est ample et large.

A 8 heures. T., 39° : P., 88 ; R., 35.

On prescrit : Drap mouillé. Potion cordiale avec 3 grammes d'acétate d'ammoniaque. Café. Lait.

1^{er} enveloppement. Il produit ses effets habituels, saisissement, frissons, transpiration facile assez abondante, suivie d'un grand bien-être et d'une diminution des symptômes douloureux. La langue devient humide et le malade s'endort dans l'après-midi.

Avant, à 11 heures, T., 39° ; P., 100 ; R., 35.

Après, à 1 heure et demie. T., 39°5 : P., 108 ; R., 25.

Le soir, la température monte encore un peu et atteint 39°7, mais la transpiration continue et le matin :

27 avril. La température est de 38°6.

P., 100 ; R., 27.

Il y a un mieux évident dans l'état général, le malade a dormi plusieurs heures, mais il a été un peu agité. Les douleurs n'ont pas reparu, l'abattement est bien moindre. La langue est plus humide. Les quintes de toux sont moins douloureuses; l'expectoration est plus abondante, collante, visqueuse, peu aérée, de couleur rouge brun, sucre d'orge brûlé.

L'urine est peu augmentée, un litre, foncée, contient encore de l'albumine.

Il n'y a plus de diarrhée.

Poumons : les signes sont à peu près les mêmes : râles crépitants après la toux; le souffle devient rude, souffle tubaire dans la fosse sous-épineuse.

On prescrit le même traitement qu'hier.

2^e enveloppement : provoque moins de transpiration; le malade se sent très bien après.

A l'auscultation pratiquée aussitôt après, on entend quelques râles sans faire tousser le malade; ils sont beaucoup plus nombreux après la toux.

Avant, à 11 heures, T., 38°8; P., 95; R., 32.

Après, à 1 heure et demie, T., 38°8; P., 90; R., 30.

Le soir, la température remonte à 39°4.

28 avril. Peu dormi. Aspect bien meilleur. Bien-être. Toux fréquente. Expectoration rare, crachats abricot foncé.

Localement : souffle tubaire dans la fosse sous-épineuse et vers l'aisselle : râles sous-crépitants mais à la toux seulement. L'urine est plus abondante, mais elle contient encore de l'albumine, une grande quantité d'urée et d'acide urique.

Le matin, T., 38; P., 90; R., 30.

Le soir, la température remonte à 39°6.

29 avril. Le malade se sent moins bien, il a l'aspect fatigué, les deux pommettes sont rouges comme au premier jour, la pommette droite plus que la gauche. Le malade, qui se trouvait très bien hier matin, attribue le brusque changement survenu dans

son état à de très vives contrariétés que lui occasionnèrent des visites dans l'après-midi d'hier.

La langue est sale, brunâtre, mais pas sèche.

L'urine très augmentée, deux litres, contient une quantité considérable de matières extractives et l'albumine paraît y avoir augmenté.

Examen de la poitrine. La matité est plus étendue, elle descend presque à la base. Les vibrations thoraciques sont accrues. Le souffle s'entend sur une plus grande étendue également. Toujours très peu de râles. Bronchophonie.

Le matin, T., 39°2.

Le pouls est petit, dépressible et dichrote, 120; R., 35.

Traitement. On applique six ventouses scarifiées à la partie moyenne de la poitrine, à droite en arrière. Potion de Todd avec 3 grammes d'acétate d'ammoniaque. Café.

Le soir, T., 39; P., 120; R., 40.

30 avril. Changement des plus défavorables. Le malade est dans un abattement profond. Agitation, tremblement de la langue, des lèvres, des mains, une épistaxis dans la nuit, une autre ce matin. La dyspnée est considérable, les narines dilatées à chaque mouvement respiratoire, sont pulvérulentes.

La langue est sale, pâteuse, collante.

L'expectoration devient grisâtre.

Matité partout en arrière à droite. Comme signes d'auscultation : un souffle rude très étendu, à peine de râles.

L'urine (1 litre 1/4) est foncée, chargée d'albumine.

Le matin, T., 39°2; P., 120; R., 40.

Le soir, T., 39°4.

Même traitement...

1^{er} mai. Même état. Le malade, très déprimé, se sent mieux. Mais le cœur faiblit de plus en plus, le pouls est mou, petit, rapide, intermittent.

L'expectoration devient jus de pruneaux.

Le matin, T., 39°2; P., 130; R., 40.

Le soir, T., 39°9.

Traitement. Piqûres d'éther. Potion cordiale. Acétate d'ammoniaque, 3 grammes. Quinine, poudre de Dower, 0,80.

2 mai. Plus mal. Subdélirium cette nuit, agitation. Carphologie. Abattement considérable.

Urine, 1 litre, couleur bouillon.

Crachats jus de pruneaux.

Pouls intermittent, 120.

Dyspnée considérable, 50 respirations.

Souffle presque amphorique au niveau de la fosse sous-épineuse. Râles sous-crépitants à la base et dans la ligne axillaire.

T. matin, 39; soir, 39°4.

Piqûres de caféine. Grand vésicatoire couvrant toute la moitié inférieure de la poitrine, en arrière à droite.

3 mai. Prostration complète. Subdélirium dans la nuit. Les symptômes d'adynamie s'accroissent. Le pouls s'accélère et faiblit, la respiration arrive à 60 et plus par minute.

On essaye les injections de térébenthine aux quatre membres; sans résultat.

Le malade meurt le 4 mai.

Autopsie. — Hépatisation grise dans le tiers supérieur du poumon droit. La partie inférieure très friable, le doigt s'y enfonce facilement, présente par places des petits abcès. Le poumon gauche est congestionné à la base. Le cœur est gros; le ventricule droit est très dilaté; les bords de la valvule mitrale sont épaissis; léger degré de rétrécissement; renforcement des fibres tendineuses. Reins sains. Foie légèrement gras. Rate augmentée de volume, molle.

Remarques. Au dixième jour de maladie, il y avait une amélioration sensible. Le malade ne souffrait plus, respirait mieux, dormait un peu. Pourtant, l'albumine dans l'urine persistait, l'évolution du foyer pneumonique n'était pas ordinaire, on entendait toujours un souffle intense et à peine quelques bouffées de râles. Sous quelle influence se fit cette recrudescence de virulence qui emporta le malade, il serait difficile de le dire. Son état général

était mauvais depuis plus de 15 jours (frissons, sueurs, diarrhée) quand la pneumonie débuta ; il est probable que c'est cet affaiblissement antérieur qui augmenta la virulence relative de la maladie.

OBSERVATION XII

Splénopneumonie probable ; Guérison.

Le nommé Didelot, âgé de 30 ans, fort aux halles, entre dans le service de M. le docteur Rendu, à l'hôpital Necker.

Antécédents héréditaires. Satisfaisants.

Antécédents personnels : Pas de maladie antérieure, pas d'affection pulmonaire, même légère ; mais il n'est pas d'une constitution très robuste, et son métier semble quelque peu au-dessus de ses forces. Un certain degré d'éthylisme qui se traduit par quelques pituites le matin, des cauchemars et un léger tremblement.

La maladie qui l'amène à l'hôpital a débuté brusquement, le mardi 19 avril, dans la soirée. Il avait travaillé toute la journée, lorsque, rentré chez lui sans avoir faim, il éprouva des frissons répétés et violents, en même temps qu'il ressentait du côté droit de la poitrine une douleur très vive. Ce point de côté, intense surtout dans la région mammaire, irradiait en arrière vers la ligne axillaire et la pointe de l'omoplate. Dans la nuit qui suivit il fut très agité et ne put dormir. Le matin venu, il se leva, se rendit à son travail, mais il fut aussitôt obligé de revenir. Le point de côté s'était accru considérablement, les frissons avaient reparu. Il se coucha, souffrant en outre d'une céphalalgie intense, surtout derrière la tête.

Soif ardente. Constipation. Pas de vomissements. Le jeudi, il commença à tousser ; mais toux extrêmement douloureuse, qui, à chaque saccade, semblait lui déchirer quelque chose dans le

côté droit. La respiration était courte, gênée aussi par la douleur. Un médecin lui fait appliquer un vésicatoire en arrière à droite.

Trois jours se passent encore pendant lesquels les mêmes symptômes: anorexie absolue, douleur, oppression, dyspnée persistent.

Enfin, le lundi 25 avril, il vient à l'hôpital dans le courant du sixième jour de sa maladie. T. le soir, 39°4.

26 avril. Etat sérieux. La fièvre est assez intense, avec 39° le matin. Le malade, la figure pâle, fatiguée, les yeux entourés d'un sillon noir est dans un état d'abattement profond, presque adynamique. Les mouvements respiratoires sont assez rapides. La langue est saburrale. Les douleurs, point de côté et céphalée sont toujours très intenses. Le point de côté n'est pas limité, il occupe toute la moitié droite de la poitrine à la hauteur des cinquième et sixième espaces intercostaux. La toux est petite, sèche, quinteuse; l'expectoration nulle.

Examen de la poitrine. — Inspection ne révèle rien. Percussion: du côté droit en arrière, matité absolue de la pointe de l'omoplate jusqu'en bas. Les vibrations sont abolies dans les 2/3 inférieurs. Comme signes d'auscultation, ce qui domine c'est l'affaiblissement considérable du murmure vésiculaire, avec quelques bouffées de râles fins disséminés et quelques frottements superficiels perceptibles surtout vers la ligne axillaire. Du même côté en avant la tonalité du son est un peu élevée au sommet, quelques frottements en dehors de la région mammaire.

Il n'y a ni égophonie, ni bronchophonie, ni souffle, ce qui domine c'est la diminution du murmure vésiculaire, et on fait le diagnostic de congestion pulmonaire diffuse symptomatique d'une pleurésie en imminence de formation.

Traitement. — Potion de Todd. Thé au rhum.

Enveloppement dans le drap mouillé. Saisissement et frissons passent rapidement, le réchauffement se fait vite et la transpiration est abondante après une heure un quart d'enveloppement.

Le point de côté diminue, mais les douleurs de tête d'abord calmées reparaissent à la fin. L'oppression diminue un peu.

Observations :

Avant l'enveloppement.

T. à 8 h., 39°.

T. à 11 h., 39°11 : R., 36 : P., 95.

Après.

T. à 1 h. 1/2, 39°5 : R., 30 : P., 85.

T. à 5 h., 39°4.

La transpiration est profuse dans la soirée et la céphalalgie diminue.

27 avril. Le malade souffrant moins a dormi un peu cette nuit. Langue humide mais sale. Urine 3/4 de litre sans albumine. Une selle.

La température à 38°6, le pouls à 80, témoignent que l'état général s'est plutôt un peu amélioré, mais les signes locaux sont les mêmes.

Poumon droit : en avant matité, dans les deux tiers inférieurs. La respiration s'entend à peine en haut, quelques frottements au-dessus et en dehors du mamelon. En arrière : submatité dans le tiers supérieur, matité dans les deux tiers inférieurs.

Les vibrations diminuées progressivement de haut en bas sont nulles dans le tiers inférieur. Le murmure vésiculaire est très affaibli, en bas on n'entend rien ; quelques frottements à la partie moyenne de la ligne axillaire. Toujours pas de souffle ni de modification de la voix. Expectoration peu abondante, légèrement teintée. Traitement est le même.

2^e enveloppement. La transpiration est peu abondante, l'expectoration nulle, le malade a de la céphalalgie après.

Avant à 11 h., T., 38°9 ; P., 88 : R., 34.

Après à 1 h. 1/2, T., 39°8 ; P., 88 ; R., 30.

La transpiration est plus abondante dans l'après-midi et la température à 5 heures a baissé de 4 dixièmes à 39°4.

28 avril. Assez bien dormi. Soulagé. Mais même état. Expectoration de congestion.

T., matin, 39°4 ; soir, 39°2.

P., 86; R., 30.

On applique 6 ventouses scarifiées en arrière vers la partie moyenne et un peu au-dessous.

29 avril. Même état général.

Localement les signes sont les mêmes, matité, abolition des vibrations, partout silence respiratoire encore plus complet, semble qu'il y a un peu de broncho-égophonie à la partie moyenne en arrière et un peu en dehors. Une ponction pratiquée avec une seringue de Pravaz démontre l'existence de la pleurésie, on ramène une sérosité typique, et on prévoit que dans deux ou trois jours il faudra faire une ponction.

T., matin, 39°2 ; soir, 39°4.

P., 86; R., 28.

Dans les jours suivants on surveille l'épanchement, mais des frottements reparaissent partout, la matité s'abaisse un peu en avant, les vibrations se perçoivent un peu plus bas, le liquide est en voie de régression.

L'état général était assez satisfaisant lorsque dans la soirée du 3 mai l'oppression reparait, le malade se sent gêné, la température remonte à 39°5, on lui applique 40 ventouses sèches en arrière et en avant de la poitrine.

4 mai. Abattement profond, facies fatigué, un peu cyanosé, céphalalgie reparue.

L'état local s'est quelque peu modifié à droite ; la matité est la même, mais les vibrations se perçoivent plus bas, absentes seulement dans le 1/3 inférieur, à l'auscultation, on entend maintenant d'abondants râles sous-crépitants dans la moitié supérieure avec un peu de bronchophonie. Mais à gauche, il y a depuis hier quelques râles de bronchite.

L'expectoration est assez abondante, filante, un peu teintée, congestive.

3^e enveloppement dans le drap mouillé détermine une transpiration peu abondante, mais l'expectoration est très augmentée.

Dans l'après-midi, la transpiration devient profuse et nécessite quatre changements de linge.

Avant l'enveloppement.

T., 39°4; P., 80; R., 38.

Après.

T., 40; P., 85; R., 25.

Et la céphalalgie est très diminuée.

Le soir, la température est de 39°4.

5 *mai*. Le malade se sent mieux, il a bien dormi. L'expectoration est abondante, mais sa coloration est sale, un peu grisâtre.

T. m., 39°2; s., 39°2.

6 *mai*. Toujours des douleurs de tête. La langue est humide, mais sale. L'expectoration abondante est grisâtre avec quelques crachats striés de sang, elle a une légère odeur de sphacèle. Mêmes signes locaux, on ajoute au traitement une potion avec un gramme d'hyposulfite de soude.

T. le m., 38°2; le s., 38°8.

7 *mai*. Expectoration abondante, encore grisâtre, mais l'odeur désagréable qu'elle présentait hier est très atténuée.

Signes locaux sont les mêmes.

A droite : matité étendue en arrière, dans la ligne axillaire jusqu'au mamelon, les vibrations existent dans les 2/3 supérieurs, l'auscultation fournit toujours peu de signes, quelques râles sous-crépitants à la partie supérieure et de moins en moins abondants vers la base. Dans le 1/3 inférieur, silence absolu.

A gauche : râles de bronchite disséminés. Une ponction exploratrice faite à la base et en arrière du côté droit ne donne rien.

T. m., 38°6; s., 39°2.

8 *mai*. T. m., 38°; s., 38°2.

L'expectoration prend meilleur aspect.

Dans les jours qui suivent, la température reste entre 38°6 et 38°5.

Les douleurs de tête disparaissent, on couvre chaque jour le côté droit de la poitrine de larges cataplasmes sinapisés.

Les râles deviennent plus abondants à droite, à la base seulement toujours rien. Sibilances à gauche.

15 mai. Etat général est bien amélioré. A gauche, les signes de bronchite diminuent, à droite, la respiration s'entend très diminuée au milieu de râles muqueux très abondants. La matité de la base même diminue. Expectoration abondante, muqueuse.

17 mai. Râles tout à fait en bas, mais seulement après la toux.

La température oscille encore quelques jours entre 37°4 et 38°2, mais le malade mange, dort bien et reprend un peu de force.

Il part le 24 mai à Vincennes en bon état, mais avec un poudmon droit qui respire encore bien mal.

Remarques. — Ce malade dont l'observation est peu intéressante au point de vue thérapeutique qui nous occupe, présente pourtant un grand intérêt clinique par la difficulté du diagnostic. Sa maladie a présenté trois phrases : une première de congestion pulmonaire, prémonitoire d'une pleurésie franche ; une deuxième, pleurétique, car il en présenta des signes indubitables, et la première ponction l'a prouvé, mais pleurésie fugace ; une troisième phrase dans laquelle il n'y a plus de liquide, mais où se surajoute du catarrhe bronchique. M. le docteur Rendu qui fit une clinique très intéressante sur ce malade, se rattachait à l'idée d'une spléno-pneumonie, comme en ont décrit MM. Joffroy et Grancher.

OBSERVATION XIII

Congestion pulmonaire du sommet droit.

Le nommé Legouriadec Gabriel, âgé de 29 ans, serrurier, entre à l'hôpital Necker dans le service de M. le docteur Rendu, le vendredi 29 avril 1892.

Antécédents héréditaires. Satisfaisants.

Antécédents personnels. Peu intéressants.

Une maladie grave il y a dix ans, peut-être la fièvre typhoïde. Un ictère qui dure six semaines, à Brest. il y a cinq ans. Une période d'alcoolisme de deux années ; le malade s'est débarrassé de son défaut, il n'en présente plus aucun signe.

La maladie qui l'amène à l'hôpital, a commencé il y a quatre jours, le lundi 25 avril, dans la matinée. Le dimanche, il avait travaillé toute la journée ; le lundi, il se rendit à l'atelier à six heures du matin, et vers dix heures, un frisson violent accompagné d'étourdissements puis de vertiges, marqua le début brusque et précis de sa maladie. Il rentre chez lui en se trainant, il se couche, toujours secoué par les frissons ; il claque des dents et pourtant il se rend compte qu'il a la fièvre. Dans la soirée, une céphalalgie frontale paraît, qui devient assez intense pour l'empêcher de dormir. Le mardi 26 avril, un point de côté paraît, ressenti d'abord sous le mamelon droit, il irradie bientôt, à chaque mouvement d'inspiration, en arrière, vers la pointe de l'omoplate. La douleur provoquée par la respiration amène de l'oppression. Il reste dans le même état le mercredi ; le jeudi, il commence à tousser, mais la toux est extrêmement pénible, à chaque saccade il lui semble que quelque chose se déchire dans la poitrine.

Après une quatrième nuit d'insomnie absolue, il se décide à venir à l'hôpital, le 29 avril dans la soirée. T., 39°.

30 avril. Le caractère dominant de la maladie c'est la douleur. Douleur de tête, douleur de côté. au point que le malade n'ose pas respirer, encore moins tousser. Courbature douloureuse généralisée. Oppression vive. Mouvements des ailes du nez. Toux petite, suivie d'une très légère expectoration collante, visqueuse, d'une coloration jaune safran.

Anorexie absolue, soif vive, constipation depuis le début de la maladie. Pas de vomissements. Langue blanche.

Examen de la poitrine. — Les vibrations thoraciques paraissent normales, percussion douloureuse du côté droit, submatité au sommet droit, surtout en arrière. Auscultation : bruits respi-

ratoires très diminués ; le malade retient sa respiration qui est courte et difficile. Pas de signes en avant ni en arrière, mais dans le sommet de l'aisselle, on trouve un souffle non douteux, qui, rapproché de la submatité et d'autres symptômes cliniques permet de porter le diagnostic de congestion pulmonaire du sommet droit.

Rien au cœur, pouls fort et rapide.

Urine peu abondante, pas d'albumine.

A 8 heures, T., 39°6.

Traitement : Drap mouillé. Potion de Todd.

Café. Lait.

On enveloppe le malade à 11 heures dans le drap mouillé. Saisissement intense, frissons pendant quelques instants, réchauffement rapide, transpiration abondante.

Quand on retire le malade, la céphalalgie a disparu, le point de côté très amoindri ne paraît plus, à la grande surprise du malade, que provoqué par la toux.

A 11 heures, T., 39°6. P., 105. R., 40.

A 1 heure, T., 39°7. P., 90. R., 30.

La transpiration continue dans l'après-midi, au point de nécessiter trois changements de linge.

Le soir à 5 heures, T., 39°.

Le malade a dormi quelques instants, il est enchanté du traitement.

1^{er} mai. Peu de sommeil, pourtant la sensation de bien-être persiste. Pas de céphalalgie, un peu de douleur dans le côté à la toux. Expectoration un peu plus abondante, jaune citrin. Transpiration abondante dans la nuit.

Température tombée à 37°8.

P., 85. R., 28.

Langue humide, nettoyée.

Urine, 1 litre 200 c. c., très chargée de matières sédimenteuses.

Localement : au sommet droit, râles fins en avant et en arrière ; Souffle axillaire disparu.

Traitement. Potion cordiale. Café. Lait. Lavement glycéринé
Le soir, T., 37°4.

2 mai. Dormi toute la nuit.

T., m. 37°, s. 37°.2. Encore un peu de douleur dans le côté droit, à la fin de l'inspiration forcée. Toux facile et plus fréquente, expectoration de bronchite. Langue normale. Urine 1 litre 250, sédimenteuse. Submatité et râles sous-crépitaпts en arrière dans la fosse sus-épineuse, râles de bronchite en avant au-dessus de la région mammaire.

3 mai. Bonne nuit. Encore transpiration abondante. Le malade demande à manger. Toujours point de côté à la toux. Submatité au sommet en arrière, râles sibilants.

T., m. 37°4; S., 37°4.

4 mai. Il se lève dans la salle.

5 mai. La douleur intercostale persistant, on applique quatre ventouses scarifiées qui la font disparaître.

8 mai. Le malade part à Vincennes. Très bon état général. Localement, on n'entend plus rien.

OBSERVATION XIV

Pneumonie du sommet droit; Guérison.

Le nommé Aubry Emile, 29 ans, garçon marchand de vin, entre à l'hôpital Necker, dans le service de M. le docteur Rendu, le 29 avril, au deuxième jour de maladie.

Antécédents héréditaires, pas intéressants.

Antécédents personnels : deux attaques de rhumatisme articulaire aigu. Rien au cœur. Pas d'affection pulmonaire antérieure. Habituellement bien portant, bien que d'un aspect assez chétif.

Depuis huit jours, il se sentait mal à l'aise, toussait un peu, mangeait moins, éprouvait à l'occasion de son travail une fatigue plus pénible que d'habitude; il dormait mal.

Turbiau.

17.

Dans la nuit du mercredi au jeudi, après un sommeil agité, il éprouve de violents frissons qui le secouent jusqu'au matin.

Le jeudi, paraît un point de côté dont le maximum d'intensité est au mamelon droit. Il reste au lit avec de la fièvre, de la céphalalgie, il vomit deux fois.

Le vendredi 29 avril il entre à l'hôpital. T., 38°6.

30 avril. Après une nuit sans sommeil, le malade très abattu, les pommettes rouges, se plaint surtout de violentes douleurs de tête et d'un point de côté qui l'empêche de respirer et qui augmente d'intensité à chaque saccade de toux. Cette toux est pénible, petite, se produisant par petites quintes et suivie d'une expectoration peu abondante, collante, adhérente au fond du crachoir et d'une teinte légèrement rouillée.

La langue est sèche, sale, tremblotante.

Anorexie absolue. Diarrhée depuis deux jours. La peau est chaude et sèche. L'urine est peu abondante, brune et contient une petite quantité d'albumine.

Examen de la poitrine. — La percussion ne révèle qu'une légère submatité sous la clavicule droite. Auscultation : au sommet droit en arrière, diminution de la respiration, c'est à peine si on l'entend. En avant sous la clavicule, léger souffle, pas de râles.

A 8 heures, T., 39.

Traitement. Drap mouillé. Pot. de Todd. Café. Lait.

1^{er} enveloppement. Praticqué à 11 heures avec une eau à 16°, il provoque un saisissement considérable, le malade reste anhéant pendant quelques secondes ; cette impression de froid se dissipe rapidement, et le malade éprouve bientôt une sensation de bien-être remarquable.

La transpiration paraît très rapidement, de plus en plus abondante. Le malade commence à tousser vers midi et demi, surpris de ne pas réveiller le point de côté. Il expulse plusieurs crachats couleur pâte d'abricot.

Observations :

Avant, à 11 heures, T., 39°4; P., 115; R., 36.

Après, à 1 heure et demie, T., 39°7; P., 105; R., 32.

La respiration est plus facile. Les symptômes douloureux, point de côté surtout et céphalalgie ont presque disparu. Dans l'après-midi, la transpiration est abondante et le soir la température n'est plus que de 39°4.

1^{er} mai. Bien dormi. Le malade se sent bien mieux. Un peu de céphalalgie. Pas de point de côté. Respiration facile. Langue humide. Diarrhée arrêtée.

Poitrine. Matité au sommet droit en avant. Souffle tubaire sous la clavicule. Râles crépitants à la fin de l'inspiration.

Urine, 1 litre, ne contient plus d'albumine.

Traitement. Drap mouillé. Potion de Todd. 4 ventouses scarifiées sous la clavicule droite.

A 8 heures, T., 39°6. •

2^e enveloppement. Saisissement moindre. Mêmes phénomènes qu'hier. Transpiration moins abondante. L'expectoration augmente et se fait sans effort.

Avant, à 11 heures, T., 39°6; P., 105; R., 33.

Après, à 1 heure et demie, T., 39°8; P., 105; R., 36.

Le soir, à 8 heures, T., 39°2.

2 mai. Bonne nuit. Pas de symptômes douloureux. Langue humide. Urine, 1 litre un quart, ne contient pas d'albumine.

Poitrine. La matité est la même. Le souffle est moins intense sous la clavicule. Râles sous-crépitanants fins, plus nombreux à l'inspiration. Bronchophonie. Râles de bronchite dans le tiers supérieur, à droite en arrière.

Matin, T., 38°4; P., 96; R., 28.

Le soir, la température remonte à 39°2.

3 mai. Etat général bien meilleur.

Le malade est plus éveillé. Il a très bien dormi.

Matité au sommet. Souffle très diminué, râles sous-crépitanants. Expectoration abondante. Râles de bronchite en arrière.

Le matin, T., 38°2; P., 100; R., 28.

Le soir, T., 39°2.

4 mai. Très bien dormi. Très bon état général. Langue bonne.

Souffle disparu. Râles sous-crépitaux abondants sous la clavicule, peut-être quelques frottements pleuraux. Expectoration encore un peu congestive.

Urine, 1 litre et demi, dépôt abondant.

T., matin, 38°2; soir, 36°4.

5 mai. Bien dormi. Urine abondante. Râles muqueux. Frottements pleuraux en avant.

T., matin, 37°6; soir, 37°6.

Dans les jours qui suivent, la résolution est rapide et le malade part complètement guéri.

OBSERVATION XV

Pneumonie de la base gauche en arrière; Guérison.

Le nommé Bemerick François, âgé de 35 ans, charretier, entre à l'hôpital Necker dans le service de M. le docteur Rendu, le 2 mai 1892.

Antécédents héréditaires. Sans intérêt.

Antécédents personnels. Pas de maladie antérieure. Constitution très robuste. Un certain degré d'éthylisme, en rapport avec la dure profession du malade, qui se manifeste par quelques pituites le matin et quelques troubles du sommeil.

La maladie qui l'amène à l'hôpital a débuté il y a quatre jours. Il était rentré assez mal à son aise le mercredi 27 avril, pour se coucher sans souper; il avait la tête un peu lourde. Réveillé au milieu de la nuit, il est secoué par de violents frissons et ne peut se rendormir. Le matin (jeudi), il ressent dans le côté gauche de la poitrine une vive douleur, d'abord fixe, en avant, au-dessous du sein, mais qui augmente et se propage en arrière avec les mouvements et surtout avec la toux. A partir de ce moment il reste au lit, soigné par un voisin qui lui donne de la tisane, du jait chaud et du vin chaud. Mais il ne va pas mieux, les douleurs

augmentent. Il éprouve une gêne de plus en plus considérable de la respiration. Il ne repose pas un seul instant. Il vient à l'hôpital le lundi 2 mai 1892.

Le soir T., 39°

3 mai. Après une nuit d'insomnie absolue, le malade a le faciès rouge, vultueux, il se plaint d'une céphalalgie intense et surtout de la douleur de côté qui l'empêche de respirer, et qui, lorsqu'il est obligé de tousser, se propage en arrière vers l'omoplate et dans l'épaule.

La respiration est courte, rapide, les ailes du nez sont animées de mouvements à chaque inspiration, les narines sont pulvérielles. La langue est sale et sèche, la soif vive. L'expectoration assez abondante avec quelques crachats légèrement rouillés.

Examen de la poitrine. — Palpation : les vibrations thoraciques sont un peu diminuées en bas et en arrière du côté gauche. Percussion : matité du même côté au niveau du tiers inférieur. Auscultation : difficile, le malade se retenant de respirer pour ne pas provoquer d'exacerbation de la douleur de côté ; pourtant, il existe un souffle dans la région mate, et l'on entend quelques bouffées de râles fins et peut-être quelques frottements après la toux. Le cœur bat fort ; le pouls est plein et vibrant. L'urine peu abondante est foncée, hémaphérique et contient une petite quantité d'albumine.

A 8 heures. T., 40° ; P., 100 ; R., 39.

Traitement. Drap mouillé. Potion cordiale avec 60 centigrammes de poudre de Dower.

L'enveloppement provoque un saisissement assez léger, quelques frissons suivent, mais seulement pendant quelques secondes. Le réchauffement est rapide, et après une heure d'enveloppement, la transpiration est très abondante.

L'expectoration augmente et le malade est heureux de pouvoir tousser sans souffrir autant.

Quand, à midi, on le retire du drap mouillé, il a dormi à plusieurs reprises, et les symptômes douloureux, point de côté et céphalalgie sont très diminués.

Dans l'après-midi, la transpiration continue profuse, et deux fois, il faut le changer de linge.

A 10 h. 1/2, T., 39°9; P., 100; R., 39.

A 1 heure, T., 39°5; P., 100; R., 35.

A 5 heures, T., 39°4.

4 mai. Le malade, sans sommeil depuis le début de la maladie (6 jours), a dormi la moitié de la nuit.

Il a encore transpiré abondamment. Céphalalgie très diminuée. Point de côté n'existe plus que provoqué par la toux.

Langue humide. Deux selles.

Urines, 1 litre 1/4, sédimenteuse, sans albumine.

Localement : on entend mieux la respiration, soufflante et lointaine.

Râles plus abondants et plus volumineux. Matité persiste.

L'oppression a disparu avec la douleur, il n'y a que 25 respirations à la minute. P., 85.

A 8 heures, T., 38°4; le soir, T., 39°2.

5 mai. 8^e jour de la maladie.

Bien dormi; râles sous-crépitanants abondants dans la moitié inférieure du poumon gauche en arrière.

Urine, 1 litre et demi, dépôt abondant.

Le matin, T., 37°8; P., 80; R., 25.

Le soir, T., 38°

6 mai. Bien dormi. Etat général très satisfaisant. Encore une légère douleur dans le côté après les efforts de toux. Expectoration bronchique abondante. Matité, râles muqueux abondants, la respiration s'entend mieux. Urine 1 litre et demi, claire.

Matin, T., 37°2; P., 65; R., 23.

Soir, T., 37°4.

7 mai. T. m., 36°5; s., 36°8.

Le malade commence à manger.

8 mai. M. 37°2; s., 38°4.

9 mai. M., 36°4; s., 36°8.

10 mai. Submatité en arrière à gauche en bas, respiration normale avec quelques gros râles muqueux.

Il sort complètement guéri quelques jours après.

Remarques. — Ce malade très robuste atteint d'une pneumonie franche aiguë, entre au 5^e jour de maladie. Oppression considérable, insomnie absolue, agitation, douleurs de tête disparaissent après un seul enveloppement de deux heures.

OBSERVATION XVI

Pneumonie des deux tiers inférieurs du côté gauche; Guérison.

Le nommé Saleslagh, âgé de 67 ans, terrassier, entre à l'hôpital Necker, dans le service de M. le docteur Rendu, le 13 mai.

Antécédents héréditaires : parents morts très vieux ; un frère et une sœur qui se portent bien.

Antécédents personnels. Quant à lui il y a si longtemps qu'il a été malade, qu'il ne se rappelle plus ce qu'il a eu.

Le début de sa maladie, qui remonte au mercredi 11 mai fut marqué par un état de malaise général, de la courbature et une légère angine. Il n'éprouva ni frissons, ni point de côté, il n'eut pas de nausées, ni de vomissements, mais le soir il lui fut impossible de manger. Dans la nuit il ne dormit pas. Très dur au mal il resta chez lui couché sans rien demander. C'est un voisin qui entrant chez lui dans la soirée le trouva fort abattu et l'amena le lendemain vendredi 13 mai, à l'hôpital.

13 mai. Jour de l'entrée, il est au troisième jour de maladie. Le soir, 39°8, à la contre-visite l'interne du service lui fait appliquer quarante ventouses sèches sur la poitrine.

14 mai. L'abattement du malade est profond. Les pommettes sont très rouges, la bouche entr'ouverte laisse voir quelques dents couvertes de fuliginosités, la langue rouge à la pointe, brune sur le dessus est très sèche. Les yeux à demi fermés, le malade a besoin d'être interrogé fortement pour sortir de sa

torpeur, et c'est avec peine qu'on lui arrache quelques renseignements. Les mains sont continuellement animées de mouvements rythmiques qui augmentent dans les gestes intentionnels, comme dans la sclérose en plaques. De temps en temps les lèvres et les mâchoires remuent, et le malade a l'air de mâchonner. La soif est vive, la constipation opiniâtre, l'anorexie absolue. La peau est sèche et chaude. L'urine peu abondante, rouge foncé, contient un peu d'albumine.

La toux est presque nulle, il n'y a point d'expectoration. pas de point de côté, et l'oppression est modérée à 29 respirations par minute.

Examen de la poitrine. — Thorax globuleux d'emphysémateux; creux sous-claviculaires effacés, pas de matité cardiaque. A la percussion, sonorité exagérée en avant des deux côtés et en arrière du côté droit, mais à gauche, matité dans toute la hauteur surtout à la base. Auscultation : à droite, en avant et en arrière, respiration bruyante, supplémentaire; à gauche, en avant, respiration diminuée, en arrière dans les deux tiers inférieurs râles crépitants à la fin de l'inspiration et souffle tubaire intense surtout à l'expiration vers la pointe de l'omoplate et un peu au-dessous; à ce niveau bronchophonie. En arrière à gauche les vibrations thoraciques semblent plutôt diminuées.

Les battements du cœur sont réguliers, mais le pouls est faible, petit et fréquent; on compte à 9 heures 114 pulsations à la minute. Les artères sont légèrement athéromateuses.

Traitement. Enveloppement dans le drap mouillé. Potion de Todd avec 4 grammes d'acétate d'ammoniaque. Piqure de caféine si besoin était. Lavement glyceriné à prendre dans l'après-midi.

1^{er} enveloppement. L'impression subite du froid donne une violente secousse au malade, le tremblement des mains et le mâchonnement s'exagèrent, mais presque aussitôt le malade est plus éveillé, et la sensation de froid pénible passe rapidement, il s'intéresse à ce qui se passe autour de lui. Dans les premières minutes le pouls subit un ralentissement notable. Le réchauffe-

ment est complet après un quart d'heure, le malade prend avec plaisir un grand verre de café, il se trouve mieux que dans son lit. La transpiration est assez lente à se produire, et elle est peu abondante. Pas d'expectoration, la langue reste sèche.

T. à 8 heures, 38°6; P., 114; R., 29.

Avant le D. M, à 11 heures, T., 40°1; P., 120; R., 29.

Après, à 1 heure, T., 40°4; P., 124; R. 30.

Résultats : ascension légère de la température, accélération du pouls qui est un peu plus fort, le malade se sent bien mieux et l'adynamie a considérablement diminué. Dans l'après-midi d'ailleurs il transpire un peu et la T., 39°4, à cinq heures.

15 *mai*. La nuit a été assez bonne, il a dormi plusieurs heures. Deux selles hier soir. Abattement un peu moindre. Langue moins sèche. Urine foncée (trois quarts de litre), traces d'albumine. Les signes locaux sont plutôt meilleurs, le souffle est moins intense et la respiration est bonne dans tout le poumon droit et à gauche en avant.

Matin, T., 39°2. P., 100. R., 26.

Ce qui dénote évidemment une amélioration.

Potion de Todd, etc.

16 *mai*. Changement : délire toute la nuit; il veut sans cesse se lever, Le matin, il est plus calme : la langue est plus humide.

Le matin, T., 38°. P., 110. R., 28.

Les signes d'auscultation sont meilleurs : le souffle a disparu, râles sous-crépitaux aux deux temps de la respiration.

Le malade crache quelque peu, mais n'importe où, et il est impossible de voir quels sont les caractères de son expectoration.

Le soir, T., 37°8. P., 120.

On est obligé de mettre des planches de chaque côté du lit, il est très agité et ne veut pas rester couché.

17 *mai*. Nuit de délire, sans un instant de sommeil. L'agitation persiste bien qu'un peu moindre, le matin; l'aspect du malade n'est pas défavorable; la T., 37°8, mais le pouls, petit et faible bat 140 à la minute.

La fesse du côté droit présente, en deux endroits, au niveau

Turbiau.

du grand trochanter et au niveau de l'ischion des plaques rouges vif qui vont s'escharifier.

Les signes pulmonaires sont les mêmes.

2 piqûres de caféine.

T. le soir, 38°4.

Urine perdue dans le lit.

18 mai. Aggravation. Délire persiste. La dyspnée est intense à 40 respirations par minute. Le pouls, petit et irrégulier, bat 140 pulsations à la minute. La langue est sèche, rôtie; pourtant les symptômes pulmonaires ne sont pas défavorables: râles sous-crépitants et muqueux dans tout le poumon gauche en arrière, rien autre part.

Traitement: Enveloppement dans le drap mouillé; piqûres de caféine; potion de Todd; acétate d'ammoniaque; café, etc.

2^e enveloppement. Saisissement; quelques claquements de dents qui passent vite. Réaction rapide. Les battements du pouls temporal sont accélérés pendant quelques minutes. Transpiration facile, abondante. La langue s'humidifie. Un peu de sommeil avant la fin de l'enveloppement.

Observations:

Avant, à 10 heures, T., 39°2. P., 140. R., 40.

Après, à midi, T., 39°5. P., 120. R., 32.

Résultats. — Ascension de température de trois dixièmes. Pouls plus plein, régulier, moins fréquent de 20 pulsations par minute. L'agitation et le délire sont calmés; le malade est tranquille et plus éveillé. Il transpire encore dans l'après-midi, et à 5 heures, T., 39°. P., 110.

19 mai. Dormi un peu cette nuit; très tranquille; changement très favorable; il a transpiré encore dans la nuit. La peau est moite; la langue humide, mais sale; urine, un litre.

Poumons: il n'y a plus de râles fins; du côté gauche, on entend la respiration partout.

Le pouls est plus plein, plus fort, régulier.

Matin, T., 37°2. P., 96. R., 25.

Soir, T., 37°2. P., 100.

20 mai. Bonne nuit. Apparence tout à fait modifiée. Deux selles hier. Langue nettoyée. Urine, 1 litre $\frac{1}{4}$, très chargée de sels. Expectoration muco-purulente, assez abondante. Gros râles ronflants et sibilants en arrière à gauche.

Matin, T., $37^{\circ}4$. P., 100. R., 24.

Soir, T., $37^{\circ}4$.

Les escharres de la fesse droite vont mieux.

21 mai. Amélioration s'accroît.

T., $36^{\circ}8$. P., 86. R., 24.

Dans les jours qui suivent, l'état général s'améliore rapidement. Le malade commence à manger. Le tremblement a complètement disparu. Les plaies de la fesse droite diminuent.

Remarques. — Observation intéressante d'un vieillard de 67 ans atteint d'une pneumonie étendue, dont le cœur à un moment semble fléchir (140 battements à la minute, avec des irrégularités). Lors du deuxième enveloppement la température était à $39^{\circ}2$ avant, de $39^{\circ}5$ après, le pouls qui était de 140 avant tombe à 120 après, à 110 dans la soirée, et à 96 le lendemain matin, en même temps que se fait la défervescence.

OBSERVATION XVII

Congestion ou pneumonie centrale; Guérison.

Le nommé Lanastice, âgé de 34 ans, boulanger, entre à l'hôpital Necker dans le service de M. le docteur Rendu, le 16 mai.

Antécédents héréditaires: son père toussait beaucoup et depuis très longtemps, il est mort à 75 ans d'une fluxion de poitrine. Sa mère est morte d'un cancer du sein. Quatre enfants dont il est le plus jeune, tous bien portants.

Antécédents personnels: la fièvre typhoïde à l'âge de 12 ans. En 1887, il est déjà soigné dans le service pour une affection

aiguë de poitrine. Il tousse habituellement un peu au moment où il se lève, mais les poussières de farine qu'il respire y contribuent pour beaucoup.

Quand il entre à l'hôpital, il est malade depuis deux jours. Le début de sa maladie a été des plus francs.

Dans la nuit du 14 au 15 mai il se sentit secoué par un violent frisson, malgré la chaleur intense qu'il fait dans sa chambre il se couvre et ne peut se réchauffer. Le malaise qu'il ressent va en augmentant et il se met à vomir. Ces vomissements se renouvellent à plusieurs reprises dans le courant de la nuit. Peu de temps après l'apparition du frisson, il avait éprouvé une douleur très vive occupant toute la base de la poitrine, vive surtout du côté gauche et en avant; en même temps une céphalalgie intense.

Il traîne un jour, deux jours dans cet état, souffrant beaucoup. osant à peine respirer tant la douleur est vive, osant encore moins tousser, ne dormant pas, buvant sans cesse sans arriver à se désaltérer. Un médecin appelé l'envoie à l'hôpital.

Il entre le 16 mai, le soir, T., 39°6.

17 mai, Après une nuit sans sommeil, le malade anhéant, la figure plutôt cyanosée que rouge, se plaint surtout des vives douleurs qu'il éprouve à la tête et dans le côté gauche de la poitrine.

Le matin, T., 38°8; P., 105; R., 40.

A l'examen de la poitrine on trouve très peu de signes, la percussion ne donne rien, peut-être tonalité un peu élevée à gauche en arrière et dans la ligne axillaire. A l'auscultation on n'entend rien, respiration presque abolie. Langue sèche, urine peu abondante, expectoration nulle.

Le soir, T. 38°.

Traitement. On applique six ventouses scarifiées sur la région la plus douloureuse, etc.

18 mai. Insomnie absolue. Les douleurs persistent. Le facies du malade est terne et abattu. Les lèvres sont un peu violacées. La dyspnée est notable avec 45 inspirations par minute. La

peau est chaude et couverte d'une sueur visqueuse. La langue est très sèche.

Le matin, T., 39°; P., 114; R., 45.

Le point de côté est aussi intense.

Les signes locaux sont à peu près les mêmes.

Pas de matité, pas de respiration en arrière à gauche. Quelques râles fins paraissent en avant de la ligne axillaire.

Expectoration très peu abondante, le malade ne peut pas tousser. Quelques crachats qui font penser à un foyer central de pneumonie.

Le soir, T. 39°.

19 *mai*. Insomnie. Même état. Mais la dyspnée a augmenté. La malade immobilise sa poitrine et présente le type de respiration abdominale. Facies cyanosé, lèvres violettes, ailes du nez mobiles à chaque mouvement respiratoire, narines pulvérolentes.

Les symptômes thoraciques se sont un peu modifiés. Skodisme du côté gauche, en arrière et dans la ligne axillaire. Râles fins de congestion dans toute l'étendue du poumon gauche en arrière, dans la ligne axillaire et en avant jusqu'à la ligne mamelonnaire. Pas de souffle. A droite, en arrière, matité au sommet et râles sous-crépitaux fins.

Expectoration de quelques crachats légèrement rouillés, visqueux, adhérents au crachoir.

On enveloppe le malade dans le drap mouillé, à 10 heures :

Sensation de froid rapide, passagère, quelques frissonnements. Au bout d'une heure, il transpire abondamment et s'endort. Quand il se réveille, il constate aussitôt une diminution des symptômes douloureux : point de côté et céphalalgie. Expectoration bien moins douloureuse de crachats assez abondants, couleur abricot.

Observations. A 10 heures, avant :

T., 39°2; P., 110; R., 50.

Après, à midi.

T., 39°4; P., 115; R., 41.

Le soir, à 5 heures, T., 39°4.

Mais la transpiration s'est continuée très abondante, et deux fois il a fallu changer le malade de linge.

20 *mai*. Pour la première fois depuis qu'il est malade, il a dormi cette nuit quelques heures. Les cauchemars qui l'obsédaient sans cesse ont disparu. Il n'a plus mal à la tête. Le point de côté n'est plus très douloureux. Pourtant l'oppression est encore vive. Le facies encore cyanosé. La langue est humide, mais sale. Les urines ont augmenté, 1 litre trois quarts. Les symptômes locaux sont à peu près les mêmes : skodisme, râles sous-crépitaunts fins dans les mêmes régions qu'hier ; pas de respiration du côté gauche. A droite, congestion du sommet, plus quelques râles de bronchite un peu partout, en arrière.

Le matin, à 8 heures :

T., 39 ; P., 90 ; R., 42.

2^e *enveloppement*. Transpiration encore plus facile qu'hier, très abondante. Expectoration indolore de nombreux crachats congestifs. Il dort plus d'une heure pendant l'enveloppement.

Le point de côté a complètement disparu.

Avant l'enveloppement, à 11 heures :

T., 39°2 ; P., 90 ; R., 40.

Après, à 1 heure et demie :

T., 38°7 ; P., 100 ; R., 45.

La transpiration se continue abondante dans l'après-midi. Le soir, T., 38°6.

21 *mai*. Dormi une partie de la nuit. Le malade se sent bien mieux. L'aspect est un peu meilleur. L'oppression est encore considérable, mais l'angoisse n'existe plus. Encore respiration abdominale. Langue bonne. Peau humide. Urines, 1 litre et demi.

Localement : submatité à la base gauche. Mêmes signes. Le poumon gauche respire à peine. A droite, les râles au sommet sont plus volumineux.

Le matin, T., 38 ; P., 80 ; R., 40.

Le soir, T., 38.

22 *mai*. Etat général meilleur. Le malade ne se sent plus op-

pressé et pourtant la respiration est toujours à 40 par minute. Il a bien dormi cette nuit. Les symptômes locaux sont les mêmes : en avant, à gauche, on entend un peu la respiration, rien en arrière. À droite, respiration soufflante supplémentaire. On commence à voir bouger un peu le thorax dans les mouvements respiratoires.

T., le matin, 38°; le soir, 37°8.

R., 40; P., 80.

On ajoute au traitement 4 capsules de térébenthine.

23 mai. Bon état général. Le nombre des inspirations diminue un peu. Le malade a bien dormi, il a un peu faim.

Les râles qu'on entend dans tout le poumon gauche sont plus volumineux. À droite, il n'y a plus de signes de bronchite. Seulement quelques gros râles muqueux au sommet, en arrière.

Température, le matin, 37°2; le soir, 37°6.

R., 35; P., 75.

Urines abondantes, sédimenteuses.

24 mai. Etat très satisfaisant.

Les mouvements respiratoires de la poitrine s'accroissent. Le poumon gauche est rempli de râles muqueux, mais dans la moitié supérieure on entend une respiration lointaine.

Respiration, 32, en diminution.

T. matin, 36°9; soir, 37°6.

Dans les jours qui suivent avec un état général de plus en plus satisfaisant, les signes locaux se modifient; la respiration reparaît peu à peu; la température reste aux environs de 37°; le nombre des inspirations à la minute diminue.

Et le 30 mars, le malade quitte le service.

OBSERVATION XVIII

Pneumonie grise de tout le poumon droit; Mort.

Le nommé Poirson Maximin, âgé de 47 ans, marbrier; entre dans le service de M. le docteur Rendu, le 20 juin 1862.

Ce malade est amené dans la journée, envoyé par le médecin du bureau de bienfaisance ; il s'est trouvé mal en venant à l'hôpital.

C'est sa femme qui nous donne les quelques renseignements qui suivent :

Deux fois déjà, il a eu des affections de poitrine qui l'ont obligé à aller à l'hôpital, mais il y a bien longtemps. A dix-huit ans, il a eu la fièvre typhoïde. Il se portait habituellement bien, mais le matin et le soir il toussait et crachait beaucoup.

Depuis plusieurs semaines sans travail, il supportait toutes les privations, se fatiguant beaucoup pourtant à la recherche d'une occupation.

Il y a quatre ou cinq jours, rentrant harassé de ses courses à travers Paris, il se plaignit d'un violent mal de tête, puis d'une courbature générale. Il eut des frissons dans la nuit. Le lendemain, quelques vomissements et le malaise augmente. Un point de côté paraît à droite. Il passe plusieurs jours tantôt couché, tantôt assis dans un fauteuil, buvant une tasse de tisane de temps en temps. Enfin, le médecin l'envoie et il arrive à l'hôpital sans connaissance.

Il n'a pas de fièvre, 37°4 à 5 heures de l'après-midi ; il est couvert d'une sueur visqueuse ; on le sonde et l'analyse de l'urine ne révèle ni sucre, ni albumine.

L'interne de garde lui fait appliquer six ventouses scarifiées sous la clavicule droite en avant, et lui fait deux piqûres d'éther.

21 juin. Le malade est revenu à lui ; il n'a rien dit de toute la nuit ; ce matin, il peut répondre aux questions qu'on lui pose, mais parler le fatigue. Il est toujours très abattu, la figure plutôt pâle, les lèvres un peu violacées. La langue est très sale, mais pas sèche. La peau est moite, mais fraîche et collante. L'urine rendue depuis hier soir est presque nulle. La température n'est que de 36°9. Le pouls, petit et mou, est à 100. La respiration peu profonde à 36. Dans le crachoir, un seul crachat, mais suffisant pour permettre le diagnostic, visqueux, collé au fond du

crachoir, il est rouillé, mais foncé et terne, sur le point de devenir jus de pruneaux.

En effet, à l'examen de la poitrine, on trouve en avant à droite sous la clavicule de la submatité et un foyer de râles sous-crépitaux.

En arrière du même côté, matité dans les deux tiers supérieurs du poumon, augmentation des vibrations thoraciques, souffle tubaire intense dans tout le tiers moyen et jusqu'à l'épine de l'omoplate; râles sous-crépitaux, râles crépitaux.

Le cœur est difficile à examiner, car le malade est fortement emphysémateux.

Traitement. Drap mouillé, potion de Todd, acétate d'ammoniaque 4 gr., café, piqure d'éther.

Enveloppement. On fait d'abord au malade une piqure d'éther. Il supporte très bien le début de l'enveloppement, n'éprouvant aucune gêne de la respiration. Le pouls à l'artère temporale n'est pas modifié, peut-être un peu plus résistant. La réaction est lente à se faire, on fait boire au malade un verre de café chaud. Après un quart d'heure seulement il ne sent plus la fraîcheur de l'eau. Il s'endort; après une heure la sueur commence à perler sur le front et devient très abondante. Les pulsations de l'artère temporale sont plus nombreuses, 108 au lieu de 100, et plus fortes. Après deux heures on défait l'enveloppement et le malade est vigoureusement frictionné dans une grosse alèze chaude de façon à augmenter la révulsion.

Avant, T., 37°8; R., 38; P., 100.

Après, T., 38°6; R., 32; P., 110.

Résultats. Elévation de température de près d'un degré, augmentation de 10 pulsations à la minute, et il est inconteste que l'aspect du malade est meilleur, il se sent mieux, il se retourne dans son lit, il urine aussitôt un quart de litre, et le nombre des respirations est diminué de 6 par minute.

Mais dans la soirée la température baisse, le pouls faiblit et

s'accélère ; on fait une piqûre d'éther, et plus tard une de caféine.

T., 37°5 ; P., 120.

22 juin. Le malade est dans le collapsus. La température est à 38° ; il y a par minute 44 respirations et 120 pulsations. On fait deux piqûres d'éther, puis une saignée de 300 grammes. Tout cela est inutile. Mort à 10 h. 1/2.

Autopsie. — Adhérences pleurales multiples, quelques-unes sont anciennes et difficiles à rompre, d'autres sont récentes, abondantes surtout à la base. Le poumon adhère fortement à la moitié postérieure du sillon costo-diaphragmatique.

Le poumon droit est très volumineux, friable, les doigts sont entrés dedans pendant les tractions nécessaires au décollement des parties adhérentes. A la coupe, infiltration purulente totale, véritable phlegmon diffus du poumon.

Le cœur est un peu gros, le muscle est sain, les valvules présentent plusieurs points épaissis. Les reins sont congestionnés, sans lésion apparente. Le foie est un peu gros. La rate volumineuse, large de dix centimètres, longue de vingt, est friable et violacée.

Remarques. — Il est certain qu'en présence des lésions constatées à l'autopsie, le pronostic devait être fatal et tout traitement inutile déjà depuis le moment de l'entrée du malade à l'hôpital.

Le pronostic d'ailleurs était porté, en raison des caractères de l'unique crachat rendu par le malade, du collapsus, de la température basse 36°6, témoignant de l'absence de réaction et de l'intoxication profonde.

Le seul point qu'il nous intéresse de faire remarquer une fois de plus, c'est l'absence d'élévation de la température coïncidant avec des phénomènes nerveux graves d'adynamie.

Au début, nous a dit la femme du malade, il avait la fièvre, il était brûlant et à ce moment pas le moindre trouble nerveux. C'est qu'à ce moment il réagissait contre la maladie, et que son système nerveux n'était pas encore touché par les produits toxiques non éliminés.

Ce que nous ferons remarquer encore, c'est que sous l'influence de la révolution produite par l'enveloppement, la température remonta d'un degré, l'adynamie fut moindre, il y eut une légère amélioration, mais elle ne pouvait être que très fugace.

OBSERVATION XIX

Fluxion de poitrine; Base droite; Guérison.

Le nommé Cambey, âgé de 36 ans, garçon briquetier, entre à l'hôpital dans le service de M. le docteur Rendu, le 11 juin.

C'est un homme d'apparence très vigoureuse qui ne présente aucun antécédent pathologique intéressant. Ses parents sont morts âgés, lui n'a jamais été malade; il ne présente aucun signe d'éthylisme.

Il était en pleine santé, quand, lundi, parurent les premiers symptômes de la maladie qui l'amène à l'hôpital. Dans la soirée, après dîner, se sentant mal disposé sans savoir pourquoi, il fut brusquement pris de frissons qui le secouèrent au point de le faire eliquer des dents, dit-il. Il se coucha, mais un violent mal de tête l'empêcha de dormir, le lendemain, il avait mal partout, mais il souffrait surtout d'une douleur dans le côté droit de la poitrine. Il boit de la tisane chaude pour se faire transpirer, il n'y réussit pas, il a la fièvre. Dans la soirée du mardi, il vomit deux fois, il éprouve une gêne assez prononcée de la respiration. Le mercredi, il tousse un peu et chaque mouvement brusque provoque une douleur vive dans le côté. Cette douleur n'est pas limitée, elle occupe toute la base droite de la poitrine. Le jeudi, il aurait remarqué qu'à la suite de quelques quintes de toux, ses crachats contenaient un peu de sang.

Le même état persiste caractérisé par des douleurs de tête, de côté, de la courbature, une toux petite et presque sèche, des vomissements deux ou trois fois chaque jour depuis mardi.

11 juin. A 9 heures, T., 38°6, P., 90; R., 35.

Le malade n'a encore pas dormi.

La face est congestionnée, les conjonctives présentent une légère teinte subictérique. La peau n'est pas sèche. La langue est pâteuse, saburrale. L'urine peu abondante est foncée, hémaphéique, sans albumine. L'expectoration est insignifiante.

A l'examen de la poitrine qui est celle d'un emphysémateux, on trouve une congestion pulmonaire des deux tiers inférieurs du poumon droit. A la percussion douleur et submatité. Augmentation des vibrations; à l'auscultation râles sous-crépitaux depuis la pointe de l'omoplate jusqu'à la base.

Traitement : vomitif, ipéca 1 gr. 50 et cinq centigrammes de tartre stibié. Potion cordiale. Lait.

Le soir. T., 37°8; P., 95; R., 30.

12 *juin*. Le vomitif a amené un soulagement, il respire mieux.

T., 37°8. La langue est encore sale. Les signes locaux sont les mêmes, mais la douleur de côté est moindre et la céphalalgie a diminué. T., soir, 38°2.

Traitement. Pot. cordiale. Kermès. Lait.

13 *juin*. Mauvaise nuit, pas dormi, un peu d'agitation, peau sèche, la toux est plus fréquente, l'expectoration toujours peu abondante.

Un demi-litre d'urine en 24 heures.

Les signes locaux se sont un peu modifiés, et vers la pointe de l'omoplate un peu en dehors, on entend des râles sous-crépitaux fins et un souffle, mais qui n'est pas rude comme celui de la pneumonie. Plus bas des râles plus volumineux, et probablement, des frottements pleuraux.

La résonnance de la voix est augmentée.

A gauche, disséminés en arrière, on perçoit quelques râles de bronchite.

T., à 9 heures, 38°6.

On prescrit un enveloppement dans le drap mouillé.

Le malade est rigoureusement impressionné par le froid, quelques quintes de toux, léger frissonnement pendant une demi-

minute. Le réchauffement est rapide et la transpiration commence après 35 minutes d'enveloppement. Elle devient très abondante.

Le malade se trouve très bien ainsi et s'endort ; il faut le réveiller pour ne pas trop prolonger la séance.

Ce qui restait de douleur, un peu de céphalalgie, a complètement disparu. La respiration surtout s'est modifiée et de 35 inspirations par minute, elle est arrivée à 28.

Avant, à 11 heures, T. 39°1 ; P., 110 ; R., 35.

Après, à 1 heure et quart, T., 39°2 ; P., 100 ; R., 28.

La transpiration se continue dans l'après-midi, on change le malade de linge deux fois, et la température descend, le soir à 5 heures, à 38.

14 *juin*. Amélioration sensible. Bonne nuit. Urine un litre un quart depuis l'enveloppement. La langue est un peu nettoyée.

Matin, T., 38 ; P., 100 ; R., 25.

Localement : le souffle a disparu, les râles sont moins fins, sous-crépitants et muqueux. Submatité, augmentation des vibrations.

L'expectoration un peu plus abondante est sans caractère.

Le soir, T., 38°6.

15 *juin*. Le malade n'a pas dormi, car un voisin a fait du bruit toute la nuit.

Pourtant l'état général est tout à fait satisfaisant.

T., 37 ; P., 90 ; R., 20.

La langue encore un peu sale.

Localement : tonalité un peu élevée à la percussion dans la ligne axillaire, gros râles sous-crépitants et muqueux dans les deux tiers inférieurs à droite en arrière. Les signes de bronchite du côté gauche ont disparu.

Traitement. Toniques, un lavement glycéринé.

T., soir, 37°6.

16 *juin*. T. m., 37°2 ; P., 84 ; R., 18.

Soir. T., 37°4.

17 juin. Très bien. Les urines très abondantes sont très chargées de matières sédimenteuses.

Gros râles muqueux.

Dans les jours qui suivent l'appétit revient, la toux et l'expectorations d'abord plus abondantes, diminuent, et les signes locaux s'effacent.

La sonorité revient peu à peu et quand le malade part le 26 juin, tout à fait rétabli, il ne persiste plus à la base droite en arrière que quelques râles muqueux à l'inspiration, qui ne sont probablement qu'un bruit de déplissement pulmonaire.

Il y a peu de chose à remarquer dans l'observation de ce malade. Comme affection il présente une de ces formes de congestion pulmonaire qui s'accompagnent d'un peu de pleurésie sèche et de bronchite, et qui correspondent au type fluxion de poitrine. Au moment où, à la suite d'une amélioration passagère sous l'influence d'un vomitif, l'état général redevenait moins bon, l'enveloppement semble avoir donné un résultat immédiat et durable.

OBSERVATION XX

*Deux pneumonies consécutives, même type, même poumon ;
Guérison.*

Le nommé Pleygat Henri, âgé de 33 ans, cordonnier, entre, dans le service de M. le docteur Rendu, le 23 mai.

Pas d'antécédents intéressants.

Devient subitement malade sans cause appréciable, le 18 mai.

Des frissons d'abord, puis des douleurs de tête marquèrent le commencement de la maladie. Le 19 mai, il éprouve une douleur dans le côté droit très vive surtout dans la région mammaire. Ce jour-là il vomit plusieurs fois. Il est très oppressé, le point de côté l'empêche de respirer, il voudrait tousser et n'ose pas. Le 21, il aurait expulsé quelques crachats sanguinolents.

23 *mai*. A son entrée à l'hôpital le malade paraît très abattu, plutôt pâle, les yeux profondément excavés, il se plaint surtout des douleurs qu'il ressent : céphalalgie et point de côté surtout, mais il souffre de partout. La langue est sale, saburrale, mais pas sèche ; depuis qu'il est malade, il n'a pris que quelques tasses de bouillon, plusieurs fois il a vomi.

Il tousse peu, ne crache pas.

La peau est moite et chaude.

Le pouls est plein, vibrant, à 100.

Examen local. — Poitrine d'emphysémateux. En avant au sommet droit la percussion un peu douloureuse révèle une tonalité plus élevée, à l'auscultation rien. En arrière, submatité à la base droite, affaiblissement du murmure vésiculaire. Quelques râles de congestion ; à gauche, quelques râles de bronchite.

Les bruits du cœur sont un peu sourds.

L'abdomen est douloureux au palper.

T., soir ; 39° 8.

24 *mai*. Insomnie. Vomissements. Même état d'abattement.

Les signes locaux sont les mêmes.

On purge le malade qui n'a pas été à la selle depuis 4 jours.

T., 38° 6 ; soir, 39°.

25 *mai*. Pas dormi un instant. Douleurs de tête augmentées. Peau sèche.

Quelques crachats teintés, couleur pâte d'abricot. Urine rare contient un peu d'albumine.

Les signes thoraciques ne sont pas les mêmes. Submatité dans le tiers supérieur du poumon droit en arrière ; au-dessus de l'épine de l'omoplate souffle intense, autour quelques râles très fins.

A 8 heures. T., 39 ; P., 110 ; R., 40.

Traitement. Enveloppement dans le drap mouillé. Potion de Todd. Café.

1^{er} *enveloppement*. Rien de particulier, réaction rapide, transpiration facile, expectoration de quelques crachats rougeâtres.

Les douleurs sont très atténuées. L'abattement est moindre. Le malade dort deux heures dans l'après-midi.

Avant à 11 heures, T., 40°; P., 110; R., 40.

Après à 1 heure. T., 40°8; P., 110; R., 35.

Transpiration abondante dans l'après-midi, température à 5 heures est revenue à 40°. Mais la langue n'est plus sèche, la peau est humide, les douleurs sont diminuées, le malade se trouve bien mieux et sent qu'il va dormir.

26 mai. Nuit bien meilleure.

Abattement moindre; cause un peu plus. Expectoration augmentée. Urine 1 litre 1/4, quelques traces d'albumine. Langue blanche. Peau moite.

Localement: souffle atténué. Râles sous-crépitaux. Congestion légère de la base droite.

A 8 heures, T., 39°4; P., 105; R., 40.

2^e enveloppement. Rien de particulier. Douleurs disparaissent. Malade très satisfait.

Avant à 11 h., T., 39°8; P., 104; R., 40.

Après, à 1 h., T., 40°2; P., 110; R. 32.

Le soir après avoir transpiré beaucoup dans l'après-midi, T. 39°6.

27 mai. Bonne nuit. Meilleur aspect.

T., 39°2; P., 100; R., 30.

Urine 1 litre et demi, pas d'albumine.

28 mai. T. 38°8; P., 96; R., 34.

Soir, T., 38°.

Urine 1 litre et demi, contient des matières sédimenteuses en grande quantité.

29 mai. T., matin, 37°6; soir, 37°8. C'est le 10^e jour de la maladie.

30 mai, T., matin, 37°; soir, 37°.

Le malade entre en convalescence et semble se remettre rapidement.

Du 30 mai au 5 juin il va de mieux en mieux, pendant ces huit

jours il reste avec une température oscillant entre 36°8 et 37°4. Il a recommencé à manger, il se promène dans la salle.

Le 6 juin. Après une bonne nuit, il avait le matin 37°2, le soir 37°4. Mais vers 10 heures du soir il éprouve une violente douleur du côté droit, il est secoué par des frissons, il ne peut se réchauffer.

7 juin. T. le matin, 40°.

La peau est sèche, brûlante. La langue blanche. Vomissement dans la nuit. A l'examen de la poitrine on ne trouve presque rien : les reliquats de la pneumonie finie. Submatité tiers supérieur droit ; râles muqueux dans le tiers moyen. La douleur est vive surtout à la base de la poitrine, à droite et en dehors.

On applique 6 ventouses scarifiées.

T., soir, 39°6.

8 juin. Pas dormi. Douleurs de tête très vives dans la région frontale.

Abattement considérable.

Localement : frottements. Râles en bas et en avant, en dehors du mamelon. En arrière, souffle dans la fosse sous-épineuse.

T., matin. 38°4 ; soir. 38°6.

R., 35.

9 juin. Insomnie. Agitation. Dépression considérable. Douleur diaphragmatique extrêmement vive.

Matité et pas de vibrations dans les deux tiers inférieurs. Pas de respiration à ce niveau. Souffle tubaire vers le bord interne de l'omoplate.

Traitement. Potion de Todd avec 4 gr. d'acétate d'ammoniaque. Vin de quinquina. Café. Sulfate de quinine, 1 gr.

1^{er} enveloppement. Réaction rapide. Transpiration abondante. Expectoration assez abondante. Sucre d'orge. Les douleurs se calment dans l'après-midi.

A 8 heures, T., 40°.

A 11 heures, T., 39°2 ; P., 120 ; R., 40.

A 1 heure, T., 39°6 ; P., 120 ; R., 35.

A 5 heures, T., 38°8.

Turbiau.

10 *juin*. Peu dormi. Encore céphalalgie. Urine, 1 litre et demi, rouge, sans albumine.

Localement. Le souffle est très atténué. Le poumon semble plus perméable.

Matin, 8 heures, T., 40°2; P., 120; R., 42.

Mais le pouls est rapide, dépressible. La dyspnée assez considérable. L'expectoration est gris sale.

2^e enveloppement.

Avant, à 11 heures, T., 39°8; P., 120; R., 45.

Après, à 1 heure, T., 40°2; P., 124; R., 38.

Le soir, T., 39°8.

Grand soulagement. Transpiration et expectoration abondantes.

11 *juin*. Très peu dormi. Les douleurs sont moindres pourtant. Deux fois, cette nuit, il a vomi de la bile. Langue humide. Deux selles. Urine, 1 litre.

Souffle très diminué. Râles sous-crépitants et matité dans toute l'étendue du poumon droit, en arrière.

Matin, T., 39°; P., 120; R., 40.

Soir, T., 39°8; P., 120; R., 42.

12 *juin*. Même état. Expectoration a repris bon aspect et augmenté.

Matin, T., 39°2; P., 110; R., 35.

Soir, T., 39°4; P., 112; R., 35.

13 *juin*. Dormi un peu. Physionomie meilleure, le malade ne se plaint plus de souffrir. L'expectoration devient abondante.

8 heures, T., 39°2; P., 110; R., 32.

Le soir, T., 38°4; P., 100.

14 *juin*. Bien meilleur aspect. Dormi un peu plus cette nuit.

Poumon droit respire un peu. Souffle doux vers la partie interne de la fosse sous-épineuse. Urine, 1 litre et demi, extrêmement chargée.

Matin, T., 36°6; P., 90; R., 30.

Soir, T., 36°8.

15 *juin*. Bonne nuit. Langue bonne. Urine, 1 litre et demi, en-

coré trouble. Expectoration abondante de bronchite. La respiration est très faible, lointaine, mais s'entend partout.

Matin, T., 36°; soir, 36°5.

18 juin. Amélioration continue. La matité est bien moindre. La respiration s'entend mieux. Râles muqueux disséminés un peu partout à droite.

25 juin. L'appétit revient, le malade commence à se lever.

Poumon droit respire partout, mais peu.

Les vibrations sont très diminuées dans le bas. Pas de souffle.

Remarques. Cette observation est surtout intéressante au point de vue clinique, nous montrant un malade qui fit deux pneumonies graves, séparées l'une de l'autre par un intervalle de 7 jours absolument apyrétique.

Ces deux maladies consécutives frappèrent le même poumon, et le souffle tubaire s'entendit au même endroit, au niveau de la fosse sous-épineuse. Toutes deux très graves, la deuxième surtout tint le malade aux environs de 40°, et la défervescence se fit dans les deux cas le 10^e jour.

Au point de vue spécial qui nous occupe, nous ne pouvons que faire remarquer le soulagement obtenu, la petite descente de la température le soir des jours où eurent lieu les enveloppements, la disparition de l'albumine dans les urines, et l'action sur les symptômes d'adynamie.

OBSERVATION XXI

Pneumonie de la moitié supérieure du poumon droit chez une brightique; Guérison.

La nommée Arnaud Philomène, âgée de 51 ans, femme de ménage, entre à l'hôpital le 13 mai.

Antécédents. Fièvre typhoïde en 1877. Pas de rhumatisme. Depuis très longtemps elle tousse un peu matin et soir.

Elle entre à l'hôpital pour des accidents aigus qui ont débuté il y a cinq jours par des frissons, des douleurs de tête intenses, un point de côté violent dans la région du sein droit, et une sensation de fièvre très prononcée. Mais en même temps que ces signes d'une affection pulmonaire aiguë paraissaient, d'autres symptômes se manifestaient, mais au second plan, car ils gênaient moins la malade, c'étaient des troubles de la vue, de la bouffissure du visage. Aussi dès son entrée à l'hôpital, on reconnut l'existence d'une maladie de bright antérieure, traversée par un accident pulmonaire.

En effet, depuis six mois, elle était très mal à l'aise; le matin elle se levait toujours avec du mal de tête; elle éprouvait une lassitude exagérée à propos de la moindre fatigue; un effort quelconque l'essoufflait aussitôt; à plusieurs reprises, elle eut des vomissements et souvent des nausées; depuis quelque temps sa vue baissait; et, elle nous a très bien décrit la sensation du doigt mort.

Son appétit était presque nul, et ses nuits très mauvaises.

Elle entre à l'hôpital le 14 mai, elle a l'aspect caractéristique des malades atteints de mal de bright.

Elle a très peu uriné depuis hier soir, et son urine se prend en masse, traitée par l'acide nitrique.

L'oppression est considérable; le point de côté toujours intense à droite; langue sèche; soif vive. La toux est pénible et quinteuse, suivie d'une expectoration très peu abondante, caractéristique d'une congestion intense.

L'examen de la poitrine révèle une matité à la partie postérieure et moyenne du poumon droit, à ce niveau des râles crépitants et un bruit de souffle intense.

Cœur. On n'entend pas de bruit de galop.

Traitement : Enveloppement dans le drap mouillé. Café. Lait.

1^{er} enveloppement. L'impression froide est très bien supportée, et les effets ordinaires du procédé se manifestent.

Diminution des douleurs et de l'oppression. Sudation abondante, surtout dans l'après-midi.

A 8 heures, T., 39°4. P., 96.

A 11 heures, T., 40°. P., 110. R., 40.

Après, à 1 heure, T., 40°. P., 110. R., 32.

A 5 heures, T., 39°6.

15 *mai*. Elle a reposé un peu cette nuit mais elle est encore très oppressée. Expectoration sanguinolente aérée. L'urine d'hier matin, dosée par le tube d'Esbach, contenait 2 grammes d'albumine par litre.

Matité dans les deux tiers supérieurs ; le souffle s'entend un peu plus haut ; les râles crépitants se sont étendus vers l'aisselle, en arrière ils sont moins fins qu'hier.

Matin, T., 39°2. R., 36.

2^e *enveloppement*. Rien de particulier.

Avant 11 heures, T., 39°4. P., 100. R., 36.

Après 1 heure, T., 39°6. P., 100. R., 32.

Soir, 5 heures, T., 39°3.

16 *mai*. La malade a dormi un peu cette nuit ; il a fallu la changer de linge deux fois.

Elle se sent bien mieux.

A 8 heures, T., 39°. P., 96. R., 30.

L'urine d'hier, au tube d'Esbach, n'indique qu'un demi-gramme par litre.

Aujourd'hui, urine un litre et demi ; l'œdème des jambes diminue.

Localement : Matité. Râles sous-crépitanes en arrière, plus fins vers l'aisselle. Souffle intense en haut de la fosse sous-épineuse.

Le soir, T., 39°2.

17 *mai*. Mieux dormi cette nuit. Bien meilleur aspect ; la malade ne souffre plus de nulle part.

Déferescence. Nous sommes au 9^e jour du début des accidents aigus.

La respiration est encore un peu précipitée. L'expectoration plus abondante est moins colorée.

Urine 1 litre un quart, celle d'hier contenait 1/2 gramme d'albumine par litre.

Mêmes signes locaux.

18 mai. Assez bien dormi. Langue blanche, mais humide. Toux très facile, expectoration mousseuse moins congestive; œdème des jambes très diminué.

Poitrine : Matité droite en arrière, râles sous-crépitaux (muqueux) partout. Plus de souffle.

Dans la ligne axillaire respiration soufflante; à gauche, quelques râles de bronchite.

Urine 1 litre.

Dans celle d'hier 1/4 de gramme par litre.

T. m., 37°8; s., 37°4.

P., 86; R., 32.

19 mai. Amélioration persiste.

T. m., 37°6; s., 37°8.

20 mai. T. m., 37°2.

La malade reste encore longtemps dans le service, car après plusieurs jours d'amélioration, quelques accidents d'origine rénale se produisent.

Remarques. — Son observation n'en est pas moins intéressante à deux points de vue, une pneumonie grave de la moitié supérieure du poumon droit chez uneBrightique qui guérit sans encombre, d'abord, mais surtout l'influence du traitement sur l'albumine.

Après le 1^{er} enveloppement, l'albumine diminua de 2 grammes à un demi-gramme par litre, et deux jours après le 2^e enveloppement à un quart de gramme par litre.

OBSERVATION XXII.

Pneumonie du sommet du poumon gauche; Guérison.

La nommée Marie M..., âgée de 51 ans, marchande au panier, entre à l'hôpital, le 27 juin, pour une pneumonie franche aiguë,

caractérisée par son début brusque avec point de côté violent à gauche, frissons, céphalalgie.

Oppression croissante. Toux pénible, sans expectoration.

Elle entre le 27 juin au 5^e jour de maladie.

Le point de côté persiste, la dyspnée est intense, l'expectoration est caractéristique; crachats rouillés, collants, visqueux, aérés, depuis deux jours.

Vibrations thoraciques pas modifiées, légère matité à gauche en haut et en arrière. Au sommet, en arrière et dans le creux de l'aisselle, râles crépitants et souffle. Râles de bronchite disséminés dans la poitrine (la malade tousse habituellement tous les hivers).

s. T., 39°5; R., 35.

On lui applique le soir 6 ventouses scarifiées.

28 juin. T., 39°7; P., 112; R., 40.

Expectoration rouillée.

Mêmes signes stéthoscopiques.

1^{er} enveloppement. Réaction rapide. Sudation très abondante. Soulagement.

Après, T., 40; P., 116; R., 35.

Le soir. T., 39°8.

29 juin. Pas dormi, mais mieux sensible pourtant, douleurs disparues.

Oppression bien moindre.

Urine 1 litre non albumineuse.

T., 39°5; P., 100; R., 35.

2^e enveloppement. rien de particulier.

Après, T., 39°8; P., 100; R., 35.

Le soir, après une transpiration profuse, T., 39°4.

30 juin. Nuit meilleure, l'expectoration se décolore et devient abondante. L'état général est bien meilleur. Urine 1 litre et un quart.

m., T., 39°; P., 96; R., 30.

s., T., 39°2; P., 96.

1^{er} juillet. Amélioration. Signes locaux modifiés. Plus de

souffle. Gros râles sous-crépitants au sommet gauche. Râles de bronchite disséminés.

Urine 1 litre et un quart, sédimenteuse.

Déferescence au 9^e jour :

T. 37°6; P., 80; R., 30.

Dans les jours qui suivent, l'état général s'améliore rapidement, le sommeil revient, la malade recommence à manger. La guérison sera rapide.

CONCLUSIONS

1° Il n'y a pas de traitement spécifique des affections pulmonaires aiguës, il faut s'en tenir à une thérapeutique d'indications ;

2° De l'examen des symptômes graves, de l'étude de leur pathogénie surtout, il résulte les indications suivantes :

A. Prévenir la parésie cardiaque, la combattre lorsqu'elle est déclarée ;

B. Tonifier le système nerveux ;

C. Favoriser les éliminations par les sécrétions ;

3° L'enveloppement prolongé dans le drap mouillé, par les modifications profondes qu'il provoque, remplit ces indications :

A *a*) en facilitant la circulation pulmonaire,

b) en aidant l'expectoration,

B en agissant sur le système nerveux,

a) par action réflexe,

b) par décongestion,

c) par désintoxication ;

C. a) en augmentant la sécrétion urinaire et la quantité des matières extractives éliminées ;

b) en provoquant une abondante excrétion sudorale ;

4° La thérapeutique est complétée : a), par une médication tonique dont l'agent principal est l'alcool, b), par l'alimentation lactée.

Vu : par le Président.

Vu : par le Doyen.

PETER.

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Allport.* — Heat in the treatment of fevers. (Med. Rec. of N.-Y., 1879.)
— Treatment of Yellow fever. (Med. Rec. of N.-Y., 1879.)
Bartels. — Virchow archiv., 1861, t. XXI.
Barth. — Société méd. des hôpitaux, 27 juin 1890.
Beni-Barde. — Article hydrothérapie. (Nouveau Dict. de méd. et de chir.)
Biondi. — Die pathogenen micro-organismen des speichels. (Zeitschr. f. hygiene, 1887.)
Cl. Bernard. — Leçons sur la chaleur animale.
— Sur les effets de la chaleur et sur la fièvre. (Paris, 1876, in-8.)
Bouchard. — Cours de pathologie générale, 1888.
Bouley. — Les déterminations extra-pulmonaires du pneumo-coque. (Th. de doct., Paris, 1891.)
Bozzoli. — Gazzetta medica italiana, 2 juillet 1881.
Castel. — Contribution à l'étude de la suppression des fonctions de la peau. (Th. de doct., Paris, 1876.)
Charrin et Ruffer. — Société de biologie, janvier 1889.
Chaumier (de Tours). — Congrès de Blois, 1884.
J. Currie. — Med. reports on the effects of water cold and warm. (Liverpool, 1798.)
Dujardin-Beaumez. — Bull. de l'académie de médecine, 1883.

- Eischorst.* — Handbuch der speciellen pathologie und therapie. (Vienne, 1883.)
- Fleury L.* — Traité d'hydrothérapie. (Paris, 1852.)
- Fiessinger.* — De la valeur pronostique du pouls et de la température dans la pneumonie. (Lyon médical, 1889.)
- Fisner.* — Die resultate der kaltwasserbehandlung bei der acuten croupösen pneumonie, in deutsches archiv. für klin. med. (Leipzig, 1873.)
- Flint A.* — The treatment of pneumonic fever by the employment of wet sheet packing. (Med. J. of N.-Y., 1881.)
- Fränkel.* — Bacteriologische mittheilungen. (Zeitschr. f. klin. med. 1886.)
- Gamaleïa.* — Sur la destruction des microbes dans les organismes fébricitants. (Annales de l'Institut Pasteur, mai 1888.)
- Gauthier A.* — Bull. acad. de médecine, 1886.)
- Gignoux.* — Observations de pneumonies traitées par les bains froids. (Lyon méd., 1883.)
- Goumy.* — Traitement de la pneumonie par les bains froids. (Th. doct., Lyon, 1884.)
- Grisolle.* — Traité de la pneumonie.
- Hanot.* — Le traitement de la pneumonie. (Th. d'agrégation, 1880.)
- Hardy.* — Bull. de l'acad. de médecine, 1883.
- Hénaut.* — Les bains froids contre la pneumonie grave. (Th. doct., Paris, 1890.)
- Hoffa.* — Die Natur des Milzbrandgiftes, 1886.
- Hutinel.* — Leçon clinique à l'hôpital des Enfants malades, avril 1892.
- Kisselef.* — Traitement de la pneumonie croupieuse. (Revue de Hayem, 1883.)
- Jurgensen.* — Croupöse Pneumonie. Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und therapie. (Band V, 1877-1883.)

- Joffroy.* — De l'influence des excitations cutanées sur la circulation et la calorification. (Th. d'agrég., 1878.)
- Kaufmann et W. de Bary.* — (Berlin. Klin. Woch., n° 28, juillet 1888.)
- Klemperer G. et F.* — Versuche uber Immunisirung und Heilung bei der Pneumokokkeninfection. (Berlin. Klin. Woch., 1891.)
- Kreider.* — Le traitement de la pneumonie par les bains tièdes ou froids. (N. Y. med. Rec., 1889.)
- Labadie-Lagrave.* — Du froid en thérapeutique. (Th. d'agrégat., 1878.)
- Lacour.* — De l'hydrothérapie dans la broncho-pneumonie des enfants. (Th. Doct., Paris, 1884.)
- Lees.* — Traitement de la pneumonie par les vessies de glace. (The Lancet, 1889.)
- Lépine.* — Article pneumonie. (Dictionn. de méd. et de chir. pratiques.)
- Toxicité des urines chez les pneumoniques (Soc. de biologie, 1889.)
- Libermeister.* — Uber Wirkung Kalte Kœder, in Wirchow's Archiv. LII, 3, 430.)
- Handbuch der Pathologie und therapie des Fiebers, 1875.
- Mayor.* — Uber die Behandlung der acuten croupœsen pneumonie, mit Kulhen Bœdern. Basel, 1870.
- Metschnikoff.* — Leçons faites à l'Institut Pasteur. (Mai, juin, 1891.)
- Mosny.* — Recherches expérimentales sur la vaccination pneumonique et sur sa guérison. (Arch. de méd. expérimentale et d'anatomie pathologique, 1892.)
- Neller.* — Du microbe de la pneumonie dans la salive. (Soc. de biologie, 24 décembre 1887.)

- Peter.* — Bulletins de l'Académie de médecine. (Janvier 1883.)
— Leçons de clinique médicale, 1877.
- Robin A.* — Mémoire présenté à l'Académie de médecine, 1888, (Arch. de médecine, 1888.)
- Roussy.* — Acad. de médecine, 12 mars 1889.
- Raynaud M.* — De la révulsion. (Th. d'agrég., 1866.)
- Railton (Carleton).* — Cas de température élevée dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu; traitement par le drap mouillé. (Lancet, 1875.)
- Roger et Gauré.* — (Société de biologie, 1889). Toxicité des urines chez les pneumoniques.
- Sée G.* — Bull. acad. de médecine, 1883.
- Steffen.* — Klinik der Kinderkrankheiten. (Berlin, 1865.)
- Talamon.* — 1885.
- Tartivel.* — Article hydroth. (Dict. Dechambre.)
- Trousseau et Pidoux.* — Traité de thérapeutique et de matière médicale. (Paris, 1847.)
- Weber.* — Beitræge zur anatomie der Neugeborenen Kiel, 1852.)
- William Day.* — British medical Journal, 1883.
- Winternitz.* — Handbuch der Hydrotherapie, 1882.
— Action du bain froid sur la circulation. (Congrès de Wiesbaden, 1886.)
- Wyss (Oscar).* — Handbuch der Kinderkrankheiten (1878).
- Ziëmmssen.* — Pleuritis und Pneum.in Kird. (1862).
-

